FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1914 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par **Edouard DARTIGUENAVE**

Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Institut de Médecine coloniale de Paris
Médecin sanitaire maritime

TRAITEMENT

DES

AMIBIASES HÉPATIQUES

PAR L'ÉMÉTINE

Président : M. CHAUFFARD, *professeur.*

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE 23

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL. TEISSIER.
Pathologie chirurgicale	LEJARS.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	Aug. BROCA.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	DEBOVE. LANDOUZY. GILBERT. CHAUFFARD.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET. QUENU. RECLUS. HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BAR. PINARD. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE
BERNARD	GUILLAIN	LÉRI	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LŒPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET (André)	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	LABBÉ (Henri)	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ (A.)
CHAMPY	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LECÈNE	NOBECOURT	TANON
COUVELAIRE	LEMIERRE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE		RETTERER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA CHÈRE MÈRE

Témoignage respectueux de piété filiale, en remerciement de la sollicitude dont elle m'a entouré et de l'éducation qu'elle m'a donnée.

A MON PÈRE

Faible expression de la vive gratitude que je lui dois pour l'heureuse direction qu'il a su imprimer à ma vie.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE CASIMIR
SI BON ET SI DÉVOUÉ

A MES FRÈRES

Dont l'affection ne m'a jamais fait défaut.

A MON ONCLE ARTHUR DARTIGUENAVE

Dont l'appui moral m'a aidé à supporter les plus dures épreuves.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'INSTITUT
DE MÉDECINE COLONIALE

A MON MAÎTRE

M. le Professeur Agrégé MORESTIN

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse.

A M. le Professeur Agrégé TANON

Qui m'a prêté son concours dévoué au cours de ce travail.

A M. le Professeur Agrégé WURTZ

Membre de l'Académie de médecine

Modeste témoignage de gratitude.

A MON TRÈS HONORÉ MAÎTRE

M. le Professeur CHANTEMESSE

Professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris.
Médecin de l'Hôtel-Dieu.
Membre de l'Académie de médecine.
Commandeur de la Légion d'honneur.

A M. le Dr CHIRAY

Qui fut pour moi en même temps qu'un maître affectueux un ami dévoué.

A M. le Professeur CHAUFFARD

Qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

TRAITEMENT

DES

AMIBIASES HÉPATIQUES

PAR L'ÉMÉTINE

INTRODUCTION

Les communications récentes de MM. le Dr Chauffard, Dopter et de notre maître M. le Dr Morestin ont attiré notre attention sur la question de l'amibiase intestinale et des abcès du foie. Il nous a paru intéressant de faire une étude d'ensemble sur la question, et particulièrement sur le traitement de ces accidents par l'*émétine*. Rogers, en effet, après avoir contrôlé les expériences de Vedders annonça l'émétine comme doué de propriétés spécifiques à l'égard de amœba dysenteriœ comparant son action à celle de la quinine dans le paludisme.

Le nombre des spécifiques est assez restreint pour que cette hypothèse nous ait suggéré l'idée d'une vérification basée sur des faits nombreux.

La richesse de la littérature médicale en observations

sur cette question nous permet d'apporter sinon des preuves indiscutables sur la spécificité de l'émétine, au moins de fortes présomptions en faveur de l'heureuse action de ce médicament sur l'amibiase.

Nous nous occuperons uniquement des amibiases du foie et après un court exposé étiologique, anatomo-pathologique et clinique de la question, nous étudierons surtout le point de vue thérapeutique en recherchant, si comme le dit M. Morestin l'emploi de l'émétine peut restreindre l'action chirurgicale, se subsituer à elle, l'aider ou bien encore la compléter, la rendre plus efficace.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Les abcès du foie réprésentent une des plus anciennes questions de la médecine. Si loin que l'on remonte dans la littérature médicale on en trouve des descriptions, C'est ainsi qu'Hippocrate, Celse, Arétée de Capadoie en ont laissé des descriptions, et que Galien avait été frappé de la concomitance de l'abcès du foie avec la dysenterie. Ce dernier auteur en effet, a laissé un assez amusant récit des succès de diagnostic qu'il dut à cette notion.

Au siècle dernier, des observateurs placés en des points du globe bien différents furent frappés par des faits identiques : tandis que Sind remarquait à Calcutta la fréquence des abcès du foie au cours ou à la suite de la dysenterie, Pringle la signalait à l'armée de Flandre et elle était mentionnée par Petit le fils en France. Annesley en 1828 tente un essai de pathogénie de ce qu'il appelle la *dysenterie hépatique*. En 1845 Budd signale le fait en précisant que l'abcès du foie est *consécutif* à la dysenterie, et en rattache la naissance à l'existence d'ulcères dans le gros intestin.

Lors de la conquête de l'Algérie, les médecins des hôpitaux d'Oran, de Mascara, de Tlemcen confirment cette notion. Dans les mémoires qu'il publia en 1843, Haspel écrit en effet : « Si en France l'hépatite est ordinairement liée à la gastro-duodénite, il n'en est plus de même en Algérie, où elle est presque toujours accompagnée de lésions graves du gros intestin. » Vers 1845, Catteloup frappé de la fréquence de l'hépatite dans le cours de la diarrhée et de la dysenterie se livre immédiatement à l'étude des deux affections.

A la suite des observations de Cunningham en 1870, dans l'Inde, de Lœsch en 1875, à Pétersbourg, de Normand à bord de l'*Armide* en Chine, de Koch en 1883 en Egypte, et des expériences de Kartulis en 1885, de Marchoux en 1899, la théorie amibienne de la dysenterie prendra naissance pour subir bien des vicissitudes dues à la confusion faite à cette époque entre *Amœba coli* et *Amœba histolytica*. Finalement les expériences de Schaudinn en 1903 viendront éclairer la question en montrant que seul l'*amœba histolytica est le germe pathogène de la dysenterie.*

Il s'agira dès lors d'établir la relation de cause à effet qui relie l'hépatite à la dysenterie.

Nous avons dit que Budd en 1845 affirmait que le *grand abcès tropical du foie* était toujours *précédé de la dysenterie.*

En 1889 Kelsch et Kiéner, reprenant la question, établissent que dans 75 °/₀ des cas on trouve chez les porteurs d'abcès tropicaux du foie des *antécédents dysentériques.*

La démonstration de l'origine amibienne de ces abcès devait être faite en 1894 par *Kruse et Pasquale*, qui par l'injection de pus stérile d'abcès du foie reproduisirent chez le chat une dysenterie amibienne. D'autre part, Babès et Sigura, puis Peyrot et Roger aboutirent au même résultat.

Enfin la démonstration définitive était apportée par Rist et Boudet qui dans leurs expériences parvinrent à donner naissance à des abcès hépatiques amibiens chez le chat.

CHAPITRE II

Étiologie

Tous les auteurs sont d'accord aujourd'hui pour dire que la complication hépatique de la dysenterie est rare dans les pays tempérés et que sa fréquence augmente en se rapprochant de l'équateur (Inde Anglaise, Malaisie, Indo-Chine et Antilles). C'est ce qui explique son peu de fréquence en Europe et même en Algérie.

Vaillard dans le traité classique (Gilbert et Thoinot) déclare qu'il est difficile de saisir les influences pathogènes favorisant la localisation de l'amibe sur le foie, mais il est certain que l'action de la chaleur sur le foie, aidée par « l'intempérance des excès alcooliques et les vicissitudes atmosphériques paraissent être le facteur étiologique principal ».

De même l'état général peut influer sur les conditions étiologiques de la complication hépatique. De là les atteintes si communes des individus faibles, débilites, enfants vieillards. De toute façon, il s'agit de malades dysentériques : la localisation primitive de l'amibiase au foie ou abcès du foie dit idiopathique, ne paraît nullement démontrée à l'heure actuelle.

Ajoutons que les hépatites peuvent survenir un temps très long après la dysenterie, parfois plusieurs années après elle.

Anatomie pathologique.

1° Les hépatites amibiennes présentent deux aspects anatomiques répondant à deux formes cliniques.

Le premier stade que l'on pourrait appeler *hépatite présuppurée*, ou *congestion dysentérique du foie*, est représenté par un état congestif de l'organe qui réagit.

2° Le deuxième stade qui répond au *grand abcès tropical* ou *encore abcès nécrotique*, est essentiellement caractérisé par la suppuration et sa tendance à s'étendre, en sphacélant, en rongeant le tissu hépatique. Il est le plus souvent unique rarement multiple, siège dans la majorité des cas dans le lobe droit. Ses dimensions habituelles sont celles d'une grosse orange. Toutefois il peut renfermer jusqu'à 2, 3, 4 et même 8 litres de pus.

L'*aspect général* et la *forme* des abcès varient avec l'âge de ces derniers.

a) *Abcès phlegmoneux*. — Au début la zone qui doit suppurer est caractérisée par un aspect gris qui tranche sur la zone rouge qui l'avoisine.

Lorsque la suppuration commence, une cavité se produit au centre de la masse nécrosée, faite de loges inégales et anfractueuses d'aspect caverneux. La paroi est tomenteuse, ramollie, infiltrée de pus. Plus tard la paroi

devient presque régulière et si elle présente des diverticules, ceux-ci sont arrondis, lisses et réguliers.

Le *contenu* d'un abcès circonscrit et sans rapport avec les organes voisins est un pus épais, crémeux, légèrement verdâtre. Il devient jaune verdâtre si l'ulcération des canaux biliaires permet à la bile de se déverser dans la poche, et prend une teinte rouge lie de vin lorsqu'une certaine quantité de sang s'épanche dans la cavité.

L'*odeur* du pus devient fétide, sous l'influence des saprophytes, si l'abcès s'est ouvert dans l'intestin ou ou dans les bronches.

Le péritoine, lorsque l'abcès s'en rapproche et devient superficiel, réagit, mais pas de façon constante.

Au point de vue *histologique* « il s'agit dans tous les cas d'une hépatite interstitielle, s'attaquant à la charpente de l'organe, détruisant secondairement seulement l'élément noble, la cellule hépatique (Schwartz).

b) *Abcès fibreux de Kelsch et Kiener.* — Les abcès sont de petites collections multiples, dont le nombre varie de 3 à 12 et le volume de celui d'une noisette à celui d'un œuf de pigeon. La paroi anfractueuse offre une coloration rouge sombre à sa périphérie et grisâtre dans ses parties centrales. Chacune de ces collections paraît enkystée dans des couches de tissu fibreux stratifié et en raison de ce fait, est susceptible sinon de se résorber, du moins de rester à l'état de corps étranger indifférent.

Microorganismes. — Le pus des abcès tropicaux du foie renferme des amibes qui se rencontrent bien plus dans le produit de *raclage de la paroi* (Roger).

Ajoutons qu'en plus de l'amibe on a pu trouver d'autres microbes *aérobiés* ou *anaérobiés*. Parmi les microbes les plus fréquemment signalés, citons : le streptocoque, les staphylocoques, le bactérium coli commune, le bacillus proteus vulgaris, le bacillus theboïdes, le bacillus serpens, le bacillus perfringens, le bacillus ramosus, le bacillus fragilis, l'entérocoque, le bacillus fundibuliformis, le bacille pyocyanique. Enfin on a signalé la stérilité possible des abcès du foie.

Symptomatologie de la période suppurée de l'hépatite suppurée.

1° *Phénomènes généraux.* — *Le facies* du malade est souvent assez spécial ; il est terreux, « *couleur de patate* » (Fontan).

Troubles digestifs. — L'*inappétence* existe toujours, à des degrés divers, suivant les cas. Quelquefois on observe des vomissements, plus rarement des alternatives de diarrhée et de constipation. *La langue est saburrale.*

Fièvre. — Peut être élevée ou disparaître, d'autres fois c'est seulement à ce moment qu'elle apparaît.

2° *Troubles fonctionnels.* — *Douleur.* — *La douleur* existe dans les quatre cinquièmes des cas (Rouis), mais n'a jamais l'intensité de celle qui accompagne la période de *congestion*. C'est assez souvent une sensation de *pesanteur pénible*. Elle est en général circonscrite, et son siège répond habituellement à éelui de l'abcès.

Parfois elle a besoin d'être recherchée (suivant des

moyens spéciaux, (procédé de *l'exploration par commotion de Cruveilhier*).

La *scapulalgie* que l'on rencontre dans nombre d'affections hépatiques, serait pour Fontan l'indication d'un abcès haut situé ou se dirigeant vers le diaphragme. Elle affecte parfois le type désigné par Bertrand et Fontan sous le nom de *douleur* en *bretelle*.

Douleurs articulaires. — Il s'agit de pseudo-rhumatismes infectieux disparaissant après l'évacuation du pus.

La *toux* sèche et discrète indiquerait un abcès de la convexité.

Les *sueurs* sont fréquentes et se montrent pendant le sommeil.

Les *urines* sont rares, hypochloruriques, hypoazoturiques, quelquefois légèrement albumineuses.

3° *Signes physiques.* — *Tumeur* — La *voussure* de la paroi n'existe que lorsque l'abcès est superficiel ou a augmenté de volume.

Œdème de la paroi. — Est rare et ne s'observe que dans les abcès superficiels.

Immobilité du thorax à sa base droite. — Est variable et se perçoit lors des mouvements de respiration.

Élargissement et effacement des espaces intercostaux (Hache). — Ce signe n'a vraiment de valeur que s'il est limité à un ou deux espaces intercostaux.

Augmentation de volume du foie. — Ce signe est constant.

Fluctuation. — Ne se montre que dans les cas où l'abcès affleure à la peau.

Frottement périhépatique. — A la palpation comme à l'auscultation on perçoit, au niveau de la région hépatique des *frottements* et des crépitations dont le maximum siège sur la ligne axillaire.

Battements. — Le foie volumineux peut transmettre les *battements* de l'aorte.

Hypertrophie de la rate. — Peut exister en dehors du paludisme, mais n'est jamais considérable.

CHAPITRE III

Traitement.

1° Traitement des congestions hépatiques.

Aux début de 1912 on pouvait résumer le traitement des*hépatites* d'origine *amibienne* et ses résultats comme suit : contre la période purement *inflammatoire*, période *présuppurée* un traitement médical empirique, variable avec chaque observateur et auquel les cliniciens n'attachaient pas une confiance illimitée (Pilules bleues, huile de castor, révulsion).

Traitement récent de la période présuppurée de l'hépatie amibienne. — On comprendra aisément que le traitement apporté jusqu'il y a sept ans aux hépatites amibiennes présuppurées, n'ait satisfait ni les médecins ni les malades, puisque exception faite de quelques rares cas où l'évolution naturelle de la maladie aboutissait à une issue favorable, les lésions passaient fatalement au stade d'hépatite suppurée. C'est à un médecin anglais des Indes que devait revenir l'honneur de découvrir la thérapeutique vraiment efficace des hépatites suppurées, et c'est dans l'étude d'un des plus anciens

médicaments de la pharmacopée coloniale : l'ipéca, qu'il devait trouver le principe de sa méthode.

L'ipéca fut employé contre l'hépatite à une époque déjà reculée, puisque Morehead le prescrivait associé aux pilules bleues (sulfure de mercure). Depuis, que ce fût contre la dysenterie ou contre l'hépatite, l'ipéca a toujours joué un rôle prépondérant dans la lutte contre l'amibiase. Il semble que nos anciens maîtres qui ont montré tant de clairvoyance dans l'étude clinique de de cette affection, tant de faculté d'observation dans ses constatations anatomo-pathologiques, tant de sagacité dans l'établissements des relations qui rattachaient l'hépatite à la dysenterie, n'aient pas fait preuve de moins de perspicacité dans le choix du traitement.

Ces réflexions sont loin de diminuer le mérite de Sir Rogers, puisqu'à un moment où on aurait pu penser, et où on croyait, que l'ipéca avait donné tous les résultats que l'on était en droit de lui demander, ce clinicien eut le mérite d'observer de plus près son action thérapeutique et d'annoncer bien avant qu'il en eût les preuves décisives, que les résultats obtenus par ce produit pouvaient être supérieurs à ceux que l'on en avait tirés jusque-là.

Depuis 1907, en effet, Sir Rogers avait montré que si, dès l'apparition des premiers symptômes, on traitait l'hépatite par l'*ipéca*, on pouvait en enrayer l'évolution fatale vers la suppuration. Cette méthode employée en grand dans les Indes Britanniques, prouvait déjà à cette époque son bien-fondé, puisque la mortalité par abcès du foie diminuait de 30 °/₀.

Au début de 1912, Vedder, à la suite d'expériences de laboratoire, indiquait que le principal alcaloïde de l'ipéca, l'*émétine*, était doué d'une action amibicide énergique. Cet auteur montrait que l'émétine tuait les *amibes dysentériques* à la dilution de 1 °/₀. Déjà en s'appuyant sur ses recherches expérimentales, Vedder montrait que l'émétine fournirait un véritable spécifique de la dysenterie amibienne et des *abcès du foie*.

M. Dopter a communiqué à la *Société de Pathologie exotique*, un mémoire intéressant dans lequel il contrôle les expériences de Vedder. Après avoir exposé un cas de dysenterie bacillaire type Flexner qui ne fut nullement influencé par l'émétine, mais obéit rapidement au sérum, l'auteur cite des expériences qui prouvent la spécificité de l'émétine sur l'amœba dysenteriæ.

On sait aujourd'hui que l'*amœba dysenteriæ* peut se présenter sous deux formes, une forme active au cours de laquelle le protozoaire est extrêmement accessible à l'émétine qui le tue rapidement à la dilution de 1 °/₀₀₀₀ ; et une forme enkystée sous laquelle le parasite ne peut être atteint par les agents médicamenteux. L'étude biologique des amibes montre que l'enkystement est un stade de résistance de l'amibe. Elle revêt cette forme chaque fois que par suite de modifications défavorables du milieu extérieur sa vie devient plus précaire. Cet enkystement pendant lequel le protozoaire est à l'état de vie latente est donc essentiellement destiné à lui permettre de *résister* aux conditions défectueuses que peut lui offrir le milieu extérieur.

Symptomatologie.

1° La *congestion du foie ou période présuppurée.* — Au cours d'une dysenterie cette complication est signalée par des phénomènes généraux violents, de la fièvre, de l'accélération du pouls, des phénomènes douloureux qui attirent l'attention du côté du foie. Cette douleur peut n'être qu'une sensation de pesanteur ; d'autres fois elle est violente, parfois affecte le type en bretelles et de toute façon réclame énergiquement une thérapeutique.

De ce que nous venons de dire, il résulte qu'au point de vue anatomo-clinique il faut faire deux grandes divisions ; congestion hépatique ou accident médical ; abcès du foie proprement dit ou accident chirurgical.

Cette division persiste plus que jamais au point de vue thérapeutique et nous allons maintenant étudier le traitement des congestions hépatiques puis le traitement des abcès du foie.

Congestion dysentérique du foie

Obs. I. — Rogers. « Acute Hepatitis, in a patient who could nof tatre ipecacuanhaby the mouth, Rajidly cured ly Emetine Hydrochloride d'Hypodermically » (*British medical Journal*, june 22, 1912).

Une dame européenne qui avait de la fièvre et souffrait du foie depuis dix jours avait eu une poussée de dysentérie environ deux mois auparavant. La réaction (Est) de Widal dans la

typhoïde et la paratyphoïde fut négative. L'ipécacuanha fut administrée par la bouche pendant trois jours et eut pour résultat de diminuer la douleur hépatique et de faire baisser la température.

En raison des fortes nausées et des vomissements elle refusa de continuer l'ipéca, et pendant les trois jours suivants la température remonta rapidement à 103° F. le soir et la douleur hépatique s'accrut. A ce moment je fus appelé en consultation pour elle et injectai « un tiers de grain de chlorhydrate d'émétine » dans l'après-midi : La température tomba rapidement dans les vingt-quatre heures qui suivirent à 100° F. et la douleur avait disparu. Je donnai alors une nouvelle injection « un demi-grain, égale à 45 grains d'ipécacuanha. Ni vomissements, ni nausées, ne furent causés par ces doses, et son médecin traitant me dit qu'elle allait mieux.

Quatre jours après j'étais mandé de nouveau auprès d'elle, parce que la température était remontée une fois à 103° F ; Il était à craindre que des abcès du foie ne se formassent si la maladie n'était pas rapidement enrayée. Je répétai les anciennes doses ce jour et les jours suivants, et la température descendit régulièrement jusqu'à la normale, en trois jours. Alors deux doses semblables furent administrées pour prévenir toute réitération et ni fièvre, ni aucun autre trouble ne se manifestèrent.

Ce premier succès devait inviter les médecins des colonies à vérifier les déclarations de Rogers. Aussi ne sommes-nous pas étonnés de rencontrer six observations du même ordre, où la thérapeutique par l'émétine devait encore triompher d'accidents graves : voici ces six observations.

Obs. II. — Brau. *Ann. d'hygiène et de médecine coloniales* (oct., nov., déc. 1913).

Congestion du foie (hépatite).

Congestion du foie légère et amibiase intestinale.

24 juin. — Malade depuis quatre à cinq jours. Légères coliques dans le bas-ventre. Sujet vigoureux, langue saburrale. Foie volumineux, remonte jusqu'au mamelon, non douloureux en aucun point. Pas de douleur dans l'épaule droite. Déborde en bas de trois doigts le rebord costal inférieur. Rate normale. Abdomen un peu ballonné et dur. Pas d'empâtement cæcal, 4 selles diarrhéiques avec un peu de sang. Poids, 60 kilogrammes. Pas d'hématozoaires dans le sang. Chlorhydrate d'émétine, 0 gr. 10 en 2 injections.

25 juin. — 2 selles sanguinolentes. Examen: amibes mobiles (Dr Denier). Emétine 0 gr. 10 en 2 injections.

Sous l'influence du traitement l'état du malade s'améliore. Le 28 juin, poids 60 kgr. 500.

Le 30 juin. — 2 selles normales. Le foie a repris des dimensions normales et déborde à peine d'un doigt en dessous du rebord costal.

Obs. III. — Brau. *Ann. d'hygiène et de médecine coloniales*, oct. nov. déc. 1913.

Congestion du foie intense à la période présuppurative. Diarrhée amibienne intense coïncidant avec l'amélioration des symptômes de congestion.

7 avril. — Diagnostic d'entrée. Diarrhée et point de côté hépatique. Température 38°4, première colonie, seize mois de séjour. Aurait eu la dysenterie en France dans un dépôt de convalescents. Depuis huit jours diarrhée. Selles peu abondantes, assez

nombreuses, une quinzaine par jour. Vive douleur dans le foie et dans l'épaule droite en avant. Foie très volumineux, remonte à un doigt du mamelon. Douleur localisée dans le sixième espace intercostal droit. Ne déborde pas en bas. Rate normale.

A l'auscultation de la poitrine, ronchus sous-crépitants fins en arrière et à droite. Sujet vigoureux. Langue très saburrale. 6 selles, les premières bilieuses, les dernières fécaloïdes. Examen d'une selle bilieuse : amibes granuleuses, très mobiles. Température : matin, 38°3 ; soir : 38°4, 2 injections de chlorhydrate d'émétine à 0 gr. 05.

Obs. IV. — Maurras et Hervier. *Ann. d'hygiène et de médecine coloniales* (oct., nov., déc. 1913).

Entré à l'hôpital le 12 avril 1913.

Présente dès les premièrs jours de son hospitalisation des symptômes cliniques de bronchite aiguë avec température vespérale non influencée par la quinine et que rien n'explique.

19 mai. — Analyse du sang : Pas d'hématozoaires.

Formule leucocytaire (sur 500) :

Polynucléaires	73,4 %
Grands mononucléaires	6,2
Lymphocytes	18
Eosinophiles	2,4

20 mai. — A la percussion, matité hépatique descendant dans l'hypochondre droit d'un travers de main. Légère sensibilité à la pression. Douleur dans l'épaule droite. Facies jaunâtre. Râles disséminés dans toute la poitrine, gros ronchus et râles sibilants. Expectoration assez abondante.

Du 21 au 23 mai, injection journalière de chlorhydrate d'hémétine à 0 gr. 10.

24 mai. — Un peu d'amélioration des symptômes pulmonaires. Facies fatigué. Foie toujours douloureux. Injection d'émétine de 0 gr. 08.

25 mai. — Injection d'émétine de 0 gr. 06 jusqu'au 31 mai.

31 mai. — Le malade n'a plus de fièvre. Le foie n'est plus douloureux.

Expectoration muqueuse. Râles sibilants et ronflants dans les deux poumons.

1er juin. — Examen de crachats. Pas de bacilles de Koch Injection d'émétine de 0 gr. 06 jusqu'au 4 juin.

Du 4 au 8 juin, selles bilieuses.

Le malade sort le 14 juin ne présentant plus rien au point de vue hépatique.

Obs. V. — (Maurras et Hervier). *An. d'hygiène et de médecine coloniales* (oct., nov., déc. 1913). — Entré à l'hôpital pour congestion le 7 mai. Depuis le 5 mai il présente une forte élévation de température matin et soir et se plaint d'une douleur dans l'hypochondre droit. N'a jamais eu la dysenterie.

La matité hépatique remonte au quatrième espace intercostal.

La formule leucocytaire, établie le 9 mai et le 18 mai donne :

9 mai. — Formule leucocytaire (sur 500)

Polynucléaires	70 %
Grands mononucléaires	12,8
Lymphocytes.	11,4
Eosinophiles	5,6

et le 18 mai (sur 500) Polynucléaires . . . 78,4 %

Grands mononucléaires.	9,4
Lymphocytes	12,4
Eosinophiles	1,4

On pense à une hépatite suppurée. Le 19 mai, la fièvre est toujours assez élevée. Le foie ne déborde pas le rebord des fausses côtes, mais remonte jusque dans le cinquième espace intercostal. Pas d'écartement des espaces intercostaux ni d'œdème.

On commence les injections d'émétine de 0 gr. 10 et on les continue jusqu'au 24 mai. On réduit la dose d'émétine à 0 gr. 08 le 25 mai et à 0 gr. 06 le 26 mai. Cette dernière dose est continuée jusqu'au 4 juin.

Le malade sort le 6 juin, en excellente santé. Le foie est rentré dans ses limites normales et toute fièvre a disparu.

Obs. VI. — (Dr Maurras et Hervier). — Entré à l'hôpital le 29 mars pour fièvre palustre. Quinine sans effet. Cet homme présente une congestion notable du foie, qui remonte en haut à un travers de doigt au-dessous du mamelon. Il ne dépasse pas le rebord costal à la partie inférieure. La percussion un peu forte détermine de la douleur au creux épigastrique. Un peu de douleur à la palpation profonde sur le rebord costal.

Formule leucocytaire douteuse. Rate percutable. État général bon.

Le 8 avril. — Une injection d'émétine de 0 gr. 04.

Le 9 avril. — Une injection d'émétine de 0 gr. 10.

Le 11 avril. — Une injection d'émétine de 0 gr. 05 qu'on continue à la même dose jusqu'au 20 avril.

Dès le 18 avril, l'état du malade s'est bien amélioré. Le foie est redevenu normal.

Le malade sort le 9 mai, ne présentant plus aucun phénomène douloureux du côté du foie qui est rentré dans ses limites.

Obs. VII. — (Maurras et Hervier). — Dysenterie amibienne chronique ancienne. Retentissement sur le foie. Traitement par l'émétine. Guérison apparente rapide à deux reprises. Persistance des amibes.

K..., sergent infirmier. Provient de Saïgon, où il a contracté en 1912 la dysenterie. Depuis lors n'a cessé de présenter de la diarrhée avec coliques douloureuses et de nombreuses rechutes de dysenterie vraie avec selles nombreuses, muco-sanglantes, ténisme.

Entré le 6 avril : 8 selles liquides, malodorantes, brunes, contenant de très nombreuses amibes caractéristiques.

État général médiocre. Taille, 1 m. 77. Poids, 61 kilogrammes.

Est soumis immédiatement et exclusivement au traitement par l'émétine.

7 avril. — Émétine, 0 gr. 04. 6 selles liquides avec muco-sang. Amibes toujours très nombreuses.

8 avril. — Émétine, 0 gr. 04. 6 selles mêmes caractères.

9 avril. — Émétine 0 gr. 04. 6 selles pâteuses. Amibes très nombreuses.

10 avril. — Émétine 0 gr. 06. 4 selles liquides. Amibes très nombreuses, toutes petites.

11 avril. — Émétine, 0 gr. 06, 2 selles demi-liquides. Amibes rares. Kystes.

12 et 13 avril. — Émétine 0 gr. 06, 1 selle pâteuse. Kystes amibiens assez nombreux.

14 et 15 avril. — Émétine 0 gr. 06. 1 selle pâteuse. Ni amibes ni kystes.

Amélioration continue et régulière jusqu'à la fin de mai, où les selles sont à peu près normales, quotidiennes, les coliques ont complètement disparu. Le foie, au moment de l'entrée à l'hôpital gros et sensible, est redevenu normal.

Sort fin mai sur sa demande, promettant de revenir à l'hôpital pour continuer son observation.

Le 2 juin, sans cause notable (peut-être trop grand écart de régime) rechute. Les selles contiennent à nouveau des amibes assez nombreuses, caractéristiques mobiles.

Reprise d'une nouvelle série aux mêmes conditions que la précécente, amenant la guérison apparente aussi rapide que précédemment.

K... présentait encore le 20 juin, des amibes mobiles non rares.

Obs. VIII. — Bizard. — Sur l'emploi de l'émétine dans le traitement de la dysenterie amibienne et de l'hépatite (*analyse*). *Société de Pathologie exotique*, 1913.

Un soldat d'infanterie coloniale a été atteint d'hépatite post dysenterique à bord du *Latouche-Tréville*.

Les premiers signes se manifestent le 11 juillet.

Le 12 juillet. — Température matin : 38°4 ; 3 heures, 39°8 ; soir, 38°4.

Injection hypodermique de chlorhydrate d'émétine de 0 gr. 03 à 4 heures soir.

13 juillet. — Deuxième injection d'émétine, température matin 38°4 ; soir, 38°4.

14 juillet. — Troisième injection. Température matin, 37°4 ; soir, 38°4.

Les phénomènes douloureux ont beaucoup diminué, la palpation est possible.

15 juillet. — Quatrième injection. Température matin, 37°2; soir, 37°.

Les douleurs ont complètement disparu.

16 juillet. — Cinquième injection. Température matin, 36°7; soir, 36°9.

Tous les symptômes ont disparu.

Discussion du traitement. — Ainsi que le prouvent nettement les observations précédentes, le chlorhydrate d'émétine est capable d'enrayer l'évolution d'une hépatite au début et d'éviter son aboutissement au stade suppuré. Même les auteurs qui ne montrent pas un enthousiasme sans égal pour cette méthode, sont forcés de reconnaître au moins en partie sa valeur. C'est ainsi que Cantlie qui, en 1913, dans un article du *Journal of tropical médecine and Hygiene* manifestait ses craintes de voir les praticiens s'attarder trop longtemps à l'émétine dans des cas où il faudrait prendre le bistouri, ne peut s'empêcher de s'exprimer comme suit :

1° « Que l'*ipécacuanha* (*ou émétine*) soit donné dans l'hépatite accompagnant la dysenterie *dans l'espoir de prévenir la formation* du pus : *c'est le seul moyen connu d'atteindre ce but.* »

2° « *Que l'ipécacuanha puisse, en détruisant l'amibe, arrêter ou faire avorter un abcès du foie intra-hépatique menaçant, c'est concevable et possible.* »

Enfin le Dr Brau, dans des « observations générales

sur l'emploi de l'émétine », cite dans les *Annales d'Hygiène et de médecine coloniales* deux cas de congestion hépatique guéris par l'émétine. De ces deux cas « l'un, du moins au début, paraissait devoir subir une opération sanglante ».

Ainsi donc nous pouvons, des observations II, III, IV, V, VI, VII et VIII, conclure à l'efficacité de l'émétine dans l'*hépatite présuppurée*. Désormais, en présence d'un cas d'amibiase hépatique, le médecin n'assistera plus impuissant, comme autrefois, à l'évolution de la maladie, en se bornant à formuler des souhaits beaucoup plus qu'une thérapeutique efficace. Retenons donc cette conclusion, que le praticien peut très souvent, dans l'immense majorité des cas, modifier effectivement l'évolution de la maladie.

Posologie. — Des observations précédentes il résulte que les doses d'émétine suffisantes pour enrayer la la congestion dysentérique du foie, varient entre 0 g. 04 et 0 gr. 10 par jour. Ces doses administrées par la voie sous-cutanée ont guéri les malades sans les *exposer à des rechutes*, au moins en ce qui concerne les complications hépatiques.

En outre les auteurs ne signalent *aucun trouble dû au médicament*.

Nous conclurons qu'ici il n'y a pas de contre-indication et *pas de discussion* possible devant ces faits éloquents.

On peut donc dire avec Rogers et Chauffard que

l'émétine est le *spécifique de l'amibiase* au moins dans ces cas.

Il n'en est pas absolument de même dans les cas chirurgicaux d'abcès hépatiques qui vont nous occuper maintenant.

TRAITEMENT DES ABCÈS DYSENTÉRIQUES DU FOIE OU TRAITEMENT CHIRURGICAL

Méthodes anciennes

Traitement ancien. — Si nous exceptons l'opinion de Banald Martin et de Budd qui reprochent à l'ouverture artificielle de l'abcès du foie de permettre l'entrée de l'air dans le foyer de favoriser les hémorragies et la gangrène, d'exposer aux épanchements purulents dans le péritoine, tous les auteurs dès la plus haute antiquité furent partisans de l'évacuation du pus.

Celse et Arétée conseillaient déjà l'ouverture des abcès du foie au scalpel. Marchetti en 1664 assurait que « les tumeurs suppurées du foie pouvaient être ouvertes en toute sécurité, surtout en sa partie convexe... Elles réclament l'incision sans qu'il y ait à craindre pour la vie ».

David, en 1778, s'exprimait comme suit : « On concevra aisément que le meilleur parti que l'on puisse prendre, c'est d'ouvrir les abcès du foie dès que les signes d'un certain ordre annoncent qu'il y a collection

de pus dans ce viscère et qu'il a contracté adhérence avec le péritoine. »

Ce même principe de l'évacuation du pus a été adopté par les auteurs modernes. Dans leur *traité des maladies des pays chauds* en effet, Kelsch et Kiener résument comme suit la conception actuelle du traitement de l'abcès du foie : « Quand les moyens précédents (médicaux) ne réussissent pas à résoudre l'engorgement du foie, que la douleur s'amende sans disparaître, que la fièvre devient continue avec des redoublements nocturnes, que des frissons irréguliers et des sueurs passagères se montrent le soir, que la peau prend une couleur terreuse et que l'amaigrissement fait des progrès, *dès lors le pus est formé et le traitement médical devra céder la place à l'intervention chirurgicale.* »

Si dès les temps anciens la nécessité d'évacuer le pus avait paru impérieuse aux cliniciens leurs avis ont varié cependant sur les indications, l'heure et les moyens d'exécution de l'opération.

Suivant le danger que chacun était porté à redouter, il se traçait telle ou telle ligne de conduite. C'est ainsi que Cambay, qui avec les médecins algériens avait résolument adopté, dès 1842, le principe de l'intervention, préférait la ponction à l'incision parce que redoutant l'entrée de l'air dans le foyer et l'épanchement de pus dans le péritoine.

Plus tard, vers 1870, Sachs et de Castro, posant en principe la nécessité d'évacuer le pus d'une façon précoce, pratiquent d'abord une ponction exploratrice, puis le foyer purulent étant décelé, substituent au trocart fin,

un autre d'un calibre supérieur, évacuent la poche d'une manière lente et intermittente pour éviter les hémorragies *ex vacuo*, et pratiquent enfin des lavages de la plaie. Depuis, cette méthode a été employée avec des variantes dans le choix du liquide à injecter.

Plus près de nous Rogers et Wilson ont préconisé une solution de quinine qui en 1909 a permis à Spencer d'obtenir trois succès thérapeutiques.

Mais si la ponction a trouvé des adeptes parmi les médecins, qui pour des causes diverses, faisaient preuve d'une prudence qui a paru à d'aucuns être de la timidité, les partisans de l'ouverture d'abord tardive, plus tard précoce se sont montrés de tout temps infiniment plus nombreux :

Nous avons rappelé que dans l'antiquité comme au moyen âge, des auteurs s'étaient rencontrés qui conseillaient l'ouverture large, au scalpel. Annesley et Morehead, ouvraient tardivement parce que craignant l'entrée de l'air daus le foyer, et l'épanchement de pus dans l'abdomen. Ils attendaient l'apparition d'une saillie fluctuante et rouge à sa surface, signes qui leur indiquaient la collection du pus en foyer et la constitution d'hadérences protectrices.

Parmi les médecins de l'Algérie, Boins et Haspel, plus hardis que leurs collègues, interviennent sitôt le diagnostic fait. Leur seul souci est d'éviter un épanchement de pus dans le péritoine. A cet effet ils emploient les procédés proposés par Bégin, par Récamier, etc., et qui consistent à brûler les plans de la paroi jusqu'au péritoine, au moyen d'un caustique comme la potasse

caustique ou la poudre de Vienne. Il se produit finalement une irritation de la séreuse qui contracte des adhérences solides.

Plus récemment, à la suite des notions absolument nouvelles introduites dans la science, par les découvertes de Pasteur, la chirurgie du foie a bénéficié de tous les avantages dont a joui la chirurgie en général. Mais avant de nous engager dans cette voie nouvelle, considérons rapidement la valeur des méthodes employées :

1° Les abcès *abandonnés à eux-mêmes* se terminent par la mort 80 fois sur 100;

2° Lorsque l'on intervient *tardivement* la mortalité atteint 70 °/₀ ;

3° Les interventions *précoces* ne comptent plus que 44, 25 °/₀ de mortalité si nous en croyons les statistiques de de Castro.

Il y a donc un avantage évident à ouvrir, et à ouvrir le plus tôt possible. C'est à perfectionner les moyens de mettre ce principe en pratique avec le maximum d'avantages et le minimum d'inconvénients, que s'attacheront dès lors les chirurgiens.

Méthodes modernes

Nous venons de voir que le traitement chirurgical pouvait seul, de l'avis de tous, améliorer les abcès du foie. Le but que les chirurgiens poursuivront désormais sera de diagnostiquer l'abcès le plus tôt possible, et d'évacuer le pus d'une façon précoce, pour diminuer la durée et l'abondance de la suppuration.

Procédé de Stromeyer-Little. Ce procédé est dû en réalité à la coopération de Henderson et de Stromeyer Little, chirurgiens à Shang-Haï. Il a été exposé en 1880 par Rochard à l'*académie de médecine,* et par Ayme, médecin de première classe de la marine, qui devait sa guérison à cette méthode. L'opérateur recherche le pus par ponction, puis le trocart laissé en plan, ouvre l'abcès d'un seul coup de bistouri, après quoi sont pratiqués le lavage et le drainage de la poche.

Critique du procédé. — Ce procédé expose à la lésion d'organes importants et ne met pas en garde le péritoine contre l'épanchement purulent, lorsque la séreuse n'a pas contracté d'adhérences protectrices.

Procédés récents. — Actuellement, pour parer à ces dangers les chirurgiens opèrent plus méthodiquement. Après incision couche par couche des plans superficiels, avec le trocart pour guide, on fixe le foie à la plaie et on ouvre largement la poche abcédée. On y place de gros drains, et chaque jour on procède au pansement de la plaie.

Fontan préconise en outre le curettage de la poche, car nous avons vu en anatomie pathologique que cette paroi renferme des amibes (Rogers).

Appareil de Cantlie. — Cet appareil a été employé aux Indes pour ponctionner les abcès du foie. Nous avons pu en étudier le maniement à l'*Institut de Médecine Coloniale de Paris.* Il se compose :

1° D'un gros drain de caoutchouc ;

2° D'un gros trocart de 1 centimètre de diamètre ;

3° D'un entonnoir en verre ;

4° D'une tige porte-drain.

Après avoir repéré avec une seringue et une longue aiguille fine la position de l'abcès, on enfonce violemment le trocart jusqu'à l'abcès. Puis sans laisser le pus s'écouler, on prend la tige porte-drain qui est munie d'un léger cran à son extrémité, sur ce cran on fixe le bout du drain qu'on tire vers l'autre bout de la tige. Ce faisant on allonge le drain qui s'amincit d'autant. On l'introduit à travers le trocart jusque dans la cavité de l'abcès ; puis on l'abandonne à lui-même. En revenant sur lui-même, le drain reprend sa dimension normale, qui correspond au diamètre du trocart. On retire alors celui-ci, à l'intérieur duquel le drain passe et on a ainsi placé dans le foie même et dans la cavité de l'abcès un gros drain évacuateur, auquel s'il est néceseaire de faire des lavages on adapte l'entonnoir en verre.

Critique de ces traitements. — Il est évident que cette pratique chirurgicale constitue un progrès considérable. Et si nous en jugeons par ses résultats, on verra que nous sommes loin des 44,26 °/₀ de mortalité, qu'enregistrait de Castro à Alexandrie. En se reportant en effet à la statistique publiée en 1905 au Congrès de médecine égyptien, et à celle qui a été communiquée en 1908 au Congrès international de chirurgie, on trouve que les auteurs n'accusent que 34 °/₀ de mortalité. Et même l'hôpital de Hanoï n'en voit que 23 °/₀ chez les Annamites.

Quelle que soit l'importance de ce progrès, il reste acquis que l'*abcès tropical du foie*, même traité par les méthodes récentes, comporte encore un chiffre impo-

sant de mortalité. Les chirurgiens les plus enthousiastes de la méthode reconnaissent que le pronostic en la matière doit toujours être réservé.

C'est qu'il est des complications qu'aucune précaution ne saurait éviter tels :

L'hémorragie ;

Les accidents infectieux pouvant reconnaître des causes diverses parmi lesquelles nous citerons : la *rétention purulente, l'extension de l'abcès* pouvant prendre la forme d'un véritable *phagédénisme* ainsi que le signalèrent Menetrier et Touraine à la Société médicale des hôpitaux de Paris le 18 juin 1908; la *suppuration abondante prolongée* résistant aux lavages;

La multiplicité des abcès parmi lesquels l'un deux peut ne pas être décelable même par la ponction, et que l'exploration au bistouri ne découvre pas toujours ;

La pleurésie purulente due à une infection par *contiguité.*

A ces accidents ajoutons *les complications infectieuses à distance :* pneumonies, broncho-pneumonies, etc.

La persistance de la fièvre par résorption toxique.

Le retard dans la cicatrisation.

La cholerragie.

La dysenterie enfin qui peut subir une recrudescence après l'évacuation du pus.

A tous ces faits ajoutons encore l'importance de l'état général qui, dans les pays où sévit le *grand abcès nécrotique* est toujours débilité. On s'adresse à des malades que le climat a anémié, amaigri, dont le système nerveux est déprimé ; tous les ressorts de ces organismes

sont relâchés de par le surmenage auquel souvent l'alcoolisme, les excès de toutes sortes, les diathèses, ont ajouté leurs ravages. *Parmi toutes ces complications, une des plus fréquentes et des plus décourageantes contre laquelle la thérapeutique était impuissante : la fistule hépato-bronchique, constituait un facteur de gravité qui venait s'ajouter à ceux que nous avons précédemment cités.*

C'est évidemment pour s'être heurtés à ces échecs que les plus optimistes se montrent réservés sur l'avenir de ces malades. Ce sont les faits de cet ordre qui ont entraîné Le Roy des Barres à déclarer dans ses *études de pathologie chirurgicale exotique* que « d'une manière générale on peut affirmer qu'au point de vue du résultat opératoire les suppurations hépatiques sont et resteront probablement longtemps des affections graves, et qu'un chirurgien même très expérimenté, opérant dans les meilleures conditions possibles, *ne peut jamais poser un pronostic opératoire au moment où il prend le bistouri.* »

Ces réflexions sont d'autant plus justes que bien souvent aux difficultés techniques s'ajoutent la difficulté du diagnostic positif du diagnostic de la localisation et du diagnostic de la multiplicité des abcès. Tous diagnostics qui doivent être posés avec exactitude pour régler convenablement l'intervention.

La question en était là lorsque M. Chauffard, dans une retentissante communication qu'il fit à l'Académie de médecine le 25 février 1913, proclama la haute valeur thérapeutique de l'émétine dans les abcès du foie.

Voici cette observation :

COMMUNICATION

Obs. IX. — A. Chauffard. — Abcès dysentérique du foie ouvert dans les bronches. Guérison rapide par l'émétine. (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 25 février 1913).

L'expérience clinique a montré depuis longtemps qu'il n'est pas rare de voir s'ouvrir par la voie bronchique les grands abcès du foie causés par la dysenterie amibienne, mais nous savons également combien ce mode d'évacuation est précaire et incertain comme procédé de guérison. La fistule hépato-bronchique ouverte au point le moins déclive de la collection purulente vide mal l'abcès, par des alternatives d'évacuation et de rétention, et provoque souvent de graves réactions septiques broncho-pulmonaires. Devant la longue durée de la suppuration, il arrive un moment où la question se pose de savoir si l'on ne doit pas intervenir chirurgicalement ; ouvrir au dehors la poche intra-hépatique et essayer d'obtenir ainsi l'occlusion du trajet fistuleux interne.

C'est dans ce but que, récemment, j'avais pris dans mon service de Saint-Antoine un jeune homme chez qui, depuis quatre mois, un grand abcès dysentérique du foie ouvert dans les bronches n'arrivait pas à guérison.

Mais avant d'en arriver là, j'ai voulu essayer sur ce malade un traitement médical qui, je crois, n'a guère été jusqu'à présent employé en France, et le résultat a été tel, que je crois utile de le publier, ne fût-ce que pour provoquer de plus amples recherches de contrôle.

Voici, tout d'abord, l'histoire résumée de mon malade :

C... , âgé de 21 ans, et en parfaite santé jusque-là, est envoyé

au Maroc en septembre 1910, part en mars 1911 pour l'expédition de Fez, et au mois d'août, en cours de retour de cette expédition, contracte une dysenterie de moyenne intensité avec une trentaine de selles par jour, glaireuses et sanguinolentes. Il est traité à l'hôpital d'Oran par des injections de sérum antidysentérique et des lavements au nitrate d'argent.

En octobre 1911, très amélioré mais non guéri, il revient en France et y reste jusqu'en mars 1912. A ce moment, on le renvoie en Afrique, où immédiatement sa dysentérie rentre en activité ; il passe tour à tour cinquante jours à l'hôpital de Bizerte, puis cinq semaines à son régiment, sans phénomènes dysentériques vrais, mais toujours un peu diarrhéique, fatigué et sans appétit.

De nouveau en juin 1912, on le renvoie dans sa famille, amaigri et sans forces, et c'est là qu'inopinément le 23 juillet, sans douleur spéciale, le matin au réveil, il se met à tousser et rend quelques crachats d'un pus chocolat, de goût fade et sucré ; le lendemain, vomique fractionnée d'un demi-litre environ. Depuis lors, l'expectoration de ce pus rougeâtre, tantôt foncé et tantôt presque rutilant, a continué plus ou moins abondante, sauf du 22 août au 15 septembre où elle a été presque nulle, mais même pendant cette assez longue rémission C... n'a repris ni forces ni embonpoint, il n'a jamais été vraiment convalescent.

A son entrée dans mes salles, C... est très pâle, très amaigri, sans subictère, avec une température qui oscille entre 37° et 38°.

Le foie est gros et dépasse de quatre travers de doigt le rebord costal; il est lisse, indolent, et assez souple.

L'examen du thorax montre que toute la base du poumon droit en arrière est mate, avec diminution des vibrations vocales et silence respiratoire presque complet ; au-dessus de la zone

de silence, latéralement, existent des râles sous-crépitants fins et quelques sibilants. Pas de signes cavitaires.

L'expectoration est d'envron 500 centimètres cubes par vingt-quatre heures et formée d'un pus couleur ratanhia, ou même à certains jours d'un rouge vif.

L'examen radiologique, pratiqué avec le Dr Bonneaux montre que le diaphragme droit est immobile ; sa partie externe se délimite assez bien, mais ses deux tiers internes se confondent avec la base d'une ombre triangulaire dont le sommet effilé remonte obliquement en haut et à gauche vers le hile. Pas de liquide dans la plèvre. Pas de cavité circonscrite reconnaissable.

Hématologiquement, on trouve 4.720.000 globules rouges et 49.000 leucocytes, avec un pourcentage de polynucléaires de 77 %.

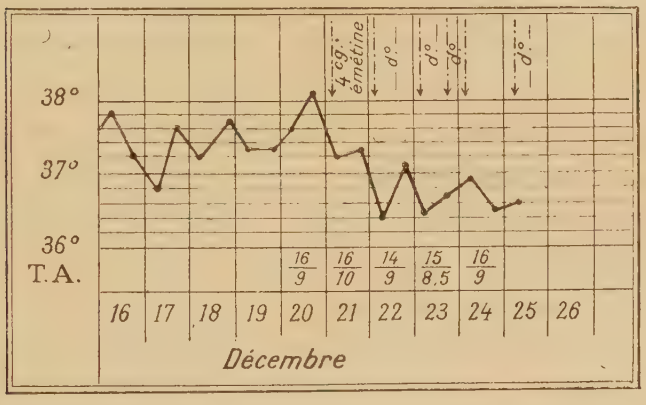
Enfin l'examen rectoscopique pratiqué par M. Friedel, assistant du Dr Mathieu, donne des constatations intéressantes : rougeur diffuse et assez intense de la muqueuse recto-sigmoïdienne, ulcération grande comme une pièce de cinquante centimes sur la partie gauche de la muqueuse rectale, et, plus haut, à 8 ou 10 centimètres de l'anus, brides cicatricielles et début de sténose rectale.

Sous l'influence du repos, d'un régime approprié, de pansements rectaux au dermatol, C... améliore son état, reprend un peu de poids et crache moins abondamment ; mais il va toujours deux à trois selles mal formées par jour, l'expectoration reste sanglante et ne descend pas au-dessous de 250 centimètres cubes par vingt-quatre heures ; la température atteint chaque soir près de 38°.

C'est dans ces conditions que, avant de recourir à une intervention chirurgicale, je voulus essayer chez mon malade une médication nouvelle dont un médecin anglais des Indes, Rogers,

paraît avoir retiré des résultats tout à fait remarquables.

Dès 1907, Rogers avait montré que si on traite dès l'apparition des premiers symptômes, et encore *au stade présuppuratif*, les hépatites dysentériques par l'ipéca à hautes doses, l'abcès du foie



peut être enrayé dans son évolution et guéri préventivement. Depuis l'application en grand de cette méthode dans les Indes britanniques, la mortalité par abcès du foie aurait diminué de 30 °/₀.

Si, au lieu d'employer, suivant la pratique traditionnelle l'ipéca lui-même, on s'adresse à son principal alcaloïde, l'*émétine*, les résultats paraissent encore plus démonstratifs.

Il semble que l'émétine ait sur les amibes dysentériques une *action spécifique ;* celles-ci sont tuées instantanément par une solution à 1/10.000, et en quelques minutes par une solution à 1/100.000.

Rogers emploie de préférence le *chlorhydrate d'émétine*, plus soluble que le bromhydrate, et l'administre par une voie sous-cutanée en ampoules d'un centimètre cube, contenant chacune 1 à 3 ou même 4 centigrammes de sel. Ces injections sont répé-

tées deux fois par jour les deux premiers jours de traitement, dans les cas graves, puis une par jour pendant encore un à deux jours. En tout cinq à six injections.

Sans action sur les dysenteries bacillaires, la cure d'émétine enraye presque du jour au lendemain les dysenteries amibiennes ; les selles se modifient profondément dans leurs caractères objectifs et dans leur fréquence, les amibes disparaissent, la fièvre tombe, et en peu de jours, la guérison est obtenue.

Celle-ci est-elle définitive ? Question capitale quand on connaît l'extrême fréquence des rechutes dans la dysenterie amibienne. Sans apporter sur ce point une réponse absolue, Rogers pense que la guérison définitive est vraiment obtenue, et cite, à ce propos deux autopsies de sujets morts accidentellement peu de temps après avoir été traités par l'émétine, et sur lesquels on put constater la cicatrisation complète des ulcérations intestinales.

Tontes ces observations sont contrôlées par la recherche des amibes, et Rogers insiste sur ce fait que celles-ci ne peuvent être trouvées qu'*avant le traitement commencé ;* il en va des amibes et de l'émétine comme des hématozoaires de Laveran et de la quinine, la médication spécifique les fait immédiatement disparaître.

Bien que Rogers ne cite aucun cas d'abcès du foie ouvert dans les bronches et traité par l'émétine, je me résolus à essayer sur mon malade ce nouveau traitement, et je puis dire que je fus vraiment stupéfait du résultat obtenu.

Six injections sous-cutanées de 4 centigrammes chacune ont été pratiquées : une le 21 décembre, une le 22, deux le 23, une le 24, une le 25, soit en tout 24 centigrammes.

Disons, tout d'abord, que ces injections ont été très bien sup-

portées, à peine douloureuses, et sans produire aucun nodule d'induration locale.

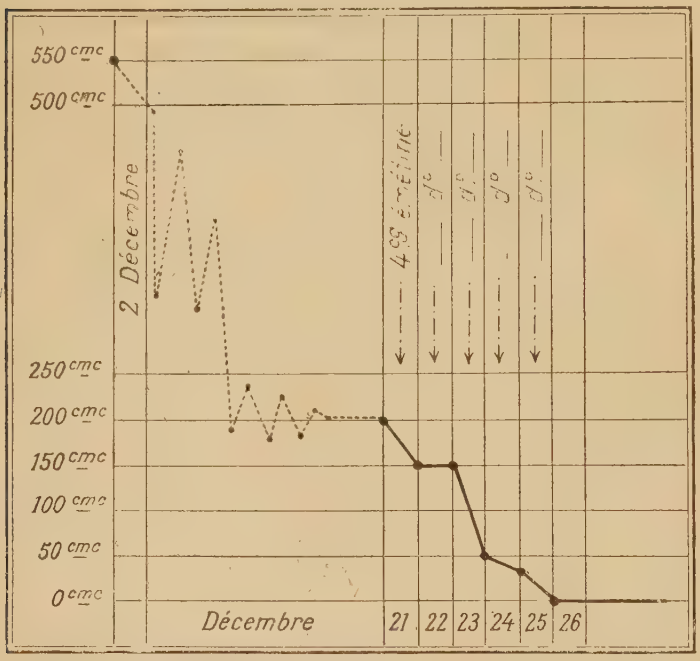
De plus aucun *trouble physiologique* n'a été constatable : pas d'état nauséeux, pas de perte de l'appétit, aucun malaise, aucune modification du pouls ; la tension artérielle, prise au Pachon la veille du début du traitement, était de 16/9; pendant les jours du traitement, elle a été trouvée à 16/10, à 14/9, à 15/9, à 16/9; elle est donc restée presque constante.

Il est bien frappant de voir combien a été parfaite la tolérance pour des doses relativement élevées d'émétine, 4 centigrammes et un jour jusqu'à 8 centigrammes ; aucun effet latéral fâcheux de la médication n'a pu être constaté, ni comme état nauséeux, ni comme hypotension artérielle. Dès le second jour même, le malade s'est senti nettement amélioré.

Quant aux *effets thérapeutiques*, nous allons en juger par l'examen des crachats, de la température, du sang, de la muqueuse rectale, par la comparaison des radiographies, par la courbe du poids corporel.

Expectoration. — A son entrée à l'hôpital C... rendait par vingt-quatre heures, en moyenne 500 centimètres cubes de crachats rougeâtres plus ou moins foncés, et les jours qui ont précédé les injections d'émétine, la quantité variait de 200 à 250 centimètres cubes, les crachats conservant toujours l'aspect *fraise écrasée*. Le premier jour du traitement, l'expectoration tombe à 150 centimètres cubes et se maintient au même chiffre le lendemain ; le troisième jour, 60 centimètres cubes ; le quatrième jour, 45 centimètres cubes ; le cinquième jour, trois crachats. Ce sont les derniers qu'ait rendu le malade, et depuis lors jusqu'à mon dernier examen, le 5 février, il n'y a plus eu trace d'expectoration.

En outre, dès la deuxième injection, les crachats devenaient moins hémorragiques, puis prenaient, les deux jours suivants, la coloration jaune verdâtre d'une expectoration purulente banale.



Examen du sang. — Trois examens complets ont été pratiqués ; en voici les résultats :

Avant le traitement.

11 décembre. —	Globules rouges	4.720.000
	Globules blancs	49.000
	Polynucléaires	77,8
	Moyens mononucléaires. . .	12,4
	Grands mononucléaires. . .	4,4
	Eosinophiles	5,4

Après le traitement.

9 janvier. —	Globules rouges	4.830.000
	Globules blancs	26.200
	Polynucléaires	65,5
	Moyens mononucléaires	24,5
	Grands mononucléaires	6
	Eosinophiles	4
5 février. —	Globules rouges	4.920.000
	Globules blancs	19.800
	Polynucléaires	63,6
	Moyens mononucléaires	30,4
	Grands mononucléaires	2,6
	Eosinophiles	3,4

Ainsi la leucocytose est tombée de 49.000 à 19.800. la polynueléose a fait place à un chiffre normal et plutôt bas de polynucléaires, et l'éosinophibe dont on connaît les rapports avec les parasitismes, a notablement diminué.

La muqueuse rectale. — Examinée par M. Friedel, permettait de saisir sur le fait le processus de guérison, et l'on constatait la cicatrisation complète de l'ulcération précédemment observée et soignée.

L'examen radiographique n'était pas moins probant, comme en font foi les deux radiographies faites par M. Bonneaux. Avan l'émétine, large zone obscure à la base de l'hémithorax droit, confondant la limite supérieure du foie avec le lobe pulmonaire infecté. Après le traitement, le dôme hépatique a retrouvé sa forme et sa topographie normales, la base du poumon droit est

redevenue claire, et il ne reste que deux vestiges de cette longue évolution pathologique : un tractus légèrement grisâtre, oblique en haut et en dedans, et qui de la convexité hépatique monte vers la région hilaire, reliquat probable de la voie de communication hépato-bronchique, et, d'autre part, une immobilité presque complète du diaphragme droit.

Enfin la *courbe du poids* achève de nous montrer que C... est définitivement guéri (fig. 3). Le 5 février, il pèse 64 kgr. 800, ayant gagné 5 kgr. 800 depuis la fin de son traitement, mais il n'a pas encore retrouvé son poids antérieur à la maladie, qui était de 70 kilogrammes.

A mon dernier examen du 5 février, C... m'a donc paru complètement guéri. Il a repris sa bonne mine et ses forces, mange bien, et n'a plus par vingt-quatre heures qu'une selle moulée ; il ne tousse pas ; son foie a repris à peu près ses dimensions normales et dépasse à peine d'un travers de doigt le rebord costal. Toute constatation clinique anormale fait donc défaut, et une seule réaction pathologique, quoique très atténuée, peut encore se constater, un certain degré de leucocytose sans polynucléose.

Ainsi en cinq jours a été guérie une fistule hépato-bronchique qui durait *depuis cinq mois*.

Voilà le fait, et il me paraît aussi incontestable dans son évidence qu'important par les conclusions qu'il est permis d'en tirer.

Au point de vue purement scientifique, le traitement de la dysenterie amibienne par l'émétine nous explique les bons résultats obtenus par l'administration de l'*ipéca à la brésilienne*, et ôte à cette médication traditionnelle ce qu'elle avait d'inexpliqué et de peu satisfaisant pour l'esprit médical. Une fois de

plus, c'est l'étape franchie qui sépare l'empirisme de la thérapeutique rationnelle.

D'autre part, on ne peut comprendre cette guérison presque instantanée de cet abcès dysentérique à pus sanglant, et par conséquent encore en amibisme actif, qu'en admettant que l'émétine a été directement atteindre et tuer les amibes intra-hépatiques réalisant ainsi cette *thérapia sterilisans* qui est l'idéal, trop rarement atteint, des thérapeutiques anti-infectieuses. Et c'est là un fait considérable dans l'histoire des dysenteries et des abcès amibiens du foie.

De même que les deux grandes variétés de dysenteries se différencient l'une de l'autre par leur pathogénie, leur dualité ne s'affirme donc pas moins sur le terrain thérapeutique, et toutes deux sont curables par des *médications spécifiques différentes :* sérothérapie pour les dysenteries bacillaires, émétine pour les dysenteries amibiennes.

Car, vraiment, le caractère spécifique de la médication par l'émétine ne me paraît guère pouvoir être contesté, et je ne vois pas comment on pourrait interpréter autrement ces guérisons presque immédiates et dont aucune action pharmaco-dynamique constatable ne peut rendre compte. On est forcé de supposer qu'il s'agit d'un *amibotropisme spécifique,* et qui ne me semble comparable qu'aux tropismes les plus spécifiques connus, tels que l'action de la quinine dans le paludisme, et du salvarsan ou du mercure dans la syphilis. Ce sont les exemples qui ne peuvent pas venir à l'esprit quand on est témoin d'un fait tel que celui que je viens de relater devant l'Académie.

Sans doute, mon expérience personnelle est bien courte, et un cas ne doit pas comporter de conclusions générales. Mais cependant l'évidence du fait est telle, l'innocuité de la méthode

paraît si complète, et ce que j'ai vu est tellement en acco rd ave es constatations faites par Rogers, que je ne puis me défendre d'espérer qu'il y ait là une magnifique conquête thérapeutique réalisée. Et quels seront les bienfaits de la méthode de Rogers si elle permet de guérir les dysenteries amibiennes, de prévenir ou d'arrêter dans leur évolution si souvent fatale les abcès dysenteriques du foie ! Que de vies humaines seraient sauvées, et nous conquérants du Maroc, colonisateurs de Madagascar, de l'Indo-Chine, de l'Afrique occidentale et équatoriale, quelle reconnaissance nous devrions à une aussi précieuse découverte !

Mon but, en vous apportant ici l'exposé du fait dont j'ai été témoin, a été de provoquer des recherches de contrôle, avec le grand espoir qu'elles confirmeront la valeur scientifique et pratique de la méthode de Rogers.

Sans doute la remarquable communication de M. le Professeur Chauffard, citée plus haut, suffirait à asseoir notre opinion. Mais si saisissante que puisse être cette observation, on doit se rappeler que sur le terrain médical en général, et plus spécialement dans le domaine thérapeutique, il faut se méfier des mirages toujours pos sibles, éviter les généralisations trop promptes, et se rappeler qu'ici comme en beaucoup d'autres questions, un certain degré de scepticisme n'est pas hors de mise.

Mais fort heureusement, quoiqu'en aient dit certains prophètes de malheur (mal renseignés) la multiplication des épreuves et la diversité du contrôle, partout depuis 1912 ont montré que les résultats de cette méthode étaient toujours semblables à eux-mêmes. Considérons en effet les observations qui suivent :

A. — *Observations dans lesquelles le traitement par l'émétine a été accompagné soit de* **l'intervention chirurgicale** *soit de l'évacuation spontanée par vomique.*

Obs. X. — Observation de M. le Dr Maurras, médecin major de première classe, et M. le Dr Hervier, médecin aide-major de première classe, des troupes coloniales. *Annales d'Hygiène et de médecine coloniales* (oct., nov., déc. 1913).

Hépatite suppurée

12 avril. — Présente à son entrée à l'hôpital quelques signes de congestion pulmonaire. A eu la dysenterie en 1909. Poids : 56 kilogrammes.

15 avril. — Analyse du sang : Pas d'hématozoaires.

Formule leucocytaire (sur 500) :

Polynucléaires	60 %
Grands mononucléaires	5
Leucocytes	27,8
Eosinophiles	7,2

Le 16 avril et le 17 avril, on fait chaque jour une injection d'émétine de 0 gr. 05.

Voussure de la région hépathique. Œdème de la paroi, scapulalgie.

Foie dépassant le rebord des fausses côtes d'environ 2 centimètres.

Douleur précise à la pression. Fièvre vespérale. Teint jaunâtre.

18 avril. — Une injection de chlorhydrate d'émétine de 0 gr. 05.

22 avril. — Pus trouvé à la première ponction. Anesthésie à la stovaïne. Incision dans le neuvième espace. Résection costale. Evacuation d'un abcès de la grosseur d'une orange. Pas bien lié. Un gros drain. On recommence les injections de chlorhydrate d'émétine à la dose de 0 gr. 05 le 25 avril, et on les continue sans interruption jusqu'au 13 mai.

26 avril. — On note un peu de température vespérale. Bon état général, suppuration minime. A la date du 4 mai, la fièvre est complètement tombée. Le malade s'alimente et va très bien. La cavité de l'abcès se comble assez rapidement. Un peu d'infection des bords de la plaie.

6 mai. — Survient une poussée thermique qui dure les jours suivants et pourtant l'abcès opéré est en voie de guérison. Le malade n'a aucun phénomène douloureux, sinon un peu de céphalagie. Le foie paraît un peu augmenté de volume au niveau de l'union des dernières côtes et des cartilages costaux. Pas de douleur à ce niveau.

A la date du 15 mai. — Cette poussée thermique est complètement enrayée.

L'état général du malade est excellent. Il s'alimente bien et commence à se lever.

Il sort de l'hôpital le 2 juin, la plaie opératoire guérie.

Obs. XI. — Dr Lorcin. — Traitement d'un abcès du foie par le chlorhydrate d'émétine *Revue de Médecine et d'Hygiène tropicales*, n° 1, 1904.

M. R... a presque toujours vécu aux colonies; il a eu la dysenterie étant jeune ; il fut atteint également de paludisme; son foie

et sa rate étaient volumineux. Enfin il présentait au poumon droit des signes de tuberculose au premier degré s'accompagnant de douleurs thoraciques non localisées, de toux, de fièvre vespérale légère, de troubles gastro-intestinaux et d'amaigrissement.

Cet état durait depuis plusieurs mois lorsque la température s'éleva brusquement à 39°-40° avec des oscillations irrégulières et parfois des rémissions. Les douleurs thoraciques sont plus fortes et tendent à se localiser au creux sous-claviculaire droit; le foie était déjà volumineux auparavant, il ne l'est pas davantage ; il déborde très peu les fausses côtes, et la matité remonte jusqu'à la 7e côte

Les troubles gastro-intestinaux augmentent ; il y a de la diarrhée sans caractère dysentérique ; cependant le malade continue à s'alimenter, mais la cachexie augmente rapidement, avec sueurs profuses, œdèmes, tachycardie, arythmie et syncopes.

Les ponctions du foie faites avec un gros trocart, et l'aspiration ne donnent aucun résultat.

Le diagnostic était ainsi hésitant, quand une vomique précédée (de peu) de signes congestifs de la fosse iliaque se produisit. Elle présentait tous les caractères du pus de l'abcès du foie amibien : épais, rougeâtre, d'odeur fade ; si elle était abondante et le pus expectoré s'élevait environ à 500 grammes par jour. La toux était incessante et provoquait une insomnie constante : les phénomènes cardiaques s'exagéraient et rendaient l'anesthésie générale impossible.

L'état du malade était précaire et faisait redouter cependant l'intervention nécessaire.

Dans l'espoir de pouvoir donner issue à l'abcès par la voie transthoracique, je remontais l'état général du malade par des

injections d'huile camphrée — à noter que l'odeur du camphre passait rapidement dans les crachats.

Sur ces entrefaites parurent les journaux médicaux relatant la communication à l'Académie du professeur Chauffard sur la cure d'un cas semblable par le chlorhydrate d'émétine. Mais l'éloignement ne permettait pas de se procurer ce produit avant quatre mois. Je recherchais les moyens de l'extraire de l'ipéca et trouvait dans le Codex le procédé de dosage des alcaloïdes de cette racine. Avec le concours de M. Heyle, chimiste de la Société Le Nickel, je pus extraire de 100 grammes de poudre d'ipéca 2 grammes d'émétine qui fut transformée en chlorhydrate; cette émétine n'était pas pure, puisqu'elle renfermait les autres alcaloïdes.

Je l'employais ainsi :

Le premier jour, j'administrai deux injections sous-cutanées de 0 gr. 01. La température qui était de 39° s'abaissa à 37°5 dès le lendemain matin.

Le deuxième jour je refis une injection de 0 gr. 04 le matin, mais le soir je dus abaisser la dose à 0 gr. 02 parce que des nausées et des menaces de syncope s'étaient présentées dues probablement à l'impureté du produit qui en outre de l'émétine contenait les autres alcaloïdes de l'ipéca. Cependant la température n'était plus que de 36°5 le soir et se maintint désormais à ce degré. Le soir même de ce second jour l'expectoration qui était presqu'alors de 500 grammes par jour avait sensiblement diminué ainsi que la toux et le malade put reposer.

Le troisième jour deux injections de 0 gr. 03, l'expectoration diminue encore.

Le quatrième et le cinquième jour, matin et soir, une injection de 0 gr. 03.

L'expectoration est allée en diminuant, et le sixième jour la

présence du pus rougeâtre avait entièrement disparu ; il ne restait plus que l'expectoration de quelques crachats muco-purulents qui ne tardèrent pas à disparaître aussi. Le malade ne tousse plus, dort bien, s'alimente facilement. La fièvre n'a pas reparu depuis le deuxième jour. Les signes d'auscultation à la base droite régressent progressivement ; l'état du cœur s'améliore, cependant les œdèmes malléolaires persistent encore une semaine. Quinze jours après le début de la cure, le malade pouvait s'adonner à quelques travaux légers. Par la suite, il se rétablit complètement.

En résumé, chez ce malade atteint d'abcès du foie avec vomique abondante, dont l'état était absolument précaire, l'injection biquotidienne de chlorhydrate d'émétine, de 0 gr. 04 les deux premiers jours et de 0 gr. 03 les jours suivants, amena la chute de la température dès le deuxième jour, et la disparition complète des phénomènes pathologiques inhérents à l'abcès du foie au bout du cinquième jour. La valeur spécifique de l'émétine dans ce cas est indéniable et j'ai pu assister à la résurrection d'un malade cachectisé et pour ainsi dire à la dernière extrémité.

Obs. XII. — Leroy des Barres. — Amibiase intestinale et abcès du foie. Traitement par l'émétine et l'ouverture de l'abcès. *Bull. Soc. de Chirurg.* Séance du 12 novembre 1913.

Un homme de 35 ans, habitant le Tonkin depuis une dizaine d'années, et n'ayant eu jusque-là que des indispositions de courte durée et sans importance, et notamment n'ayant jamais eu la dysenterie, est pris, le 13 mai 1913, de douleurs dans l'abdomen, en même temps qu'il éprouve une impression très pénible d'accablement et de lassitude.

Le 14, le malaise s'accentue : les douleurs, sans être accusées,

se précisent et reviennent par accès. Elles tendent à se localiser dans la fosse iliaque gauche.

Cet état persiste sans modification pendant quatre jours encore. Le malade n'a pas de diarrhée : ses selles sont dures, non recouvertes de mucus.

Cette situation ne s'étant pas modifiée au sixième jour. M. Leroy des Barres est appelé. Il constate une sensibilité à la pression sur tout le trajet du gros intestin, et notamment au niveau de la fosse iliaque gauche. Néanmoins, cette sensibilité est surtout accusée au niveau de l'angle gauche du côlon et au niveau du cæcum.

Le foie ne descend pas au-dessous du rebord des fausses côtes. Il ne semble pas, d'autre part, remonter au delà de ses limites normales. La palpation et la percussion de la région hépatique ne sont pas douloureuses. On ne trouve par ailleurs rien d'anormal. Il n'y a pas de fièvre.

La limitation nette des symptômes au niveau du gros intestin fait songer soit à une helminthiase, soit à une dysenterie commençante. Aussi, pour essayer d'éclaircir ce diagnostic, M. Leroy des Barres, fait-il pratiquer l'examen des selles au point de vue parasitologique.

Cet examen révèle immédiatement des amibes dysentériques en quantité très notable. En conséquence, le soir même du 19 mai, on injecte 4 centigrammes de chlorhydrate d'émétine.

Le lendemain, on administre deux injections de 4 centigrammes et, en outre, le malade est purgé à l'huile de ricin.

Le 21, nouvelle injection de 4 centigrammes de chlorhydrate d'émétine. Un examen des matières fécales ne montre plus d'amibes, mais seulement des kystes amibiens (les kystes amibiens sont des formes de résistance qui se produisent quand les

amibes se trouvent dans des conditions d'existence défavorables.

Le 22, selle spontanée normale, dont l'examen ne permet même plus de constater la présence de kystes amibiens. La situation semble donc excellente : il n'y a toujours pas de fièvre, le malade a faim, et on lui permet de s'alimenter assez abondamment.

On pratique encore une injection de 4 centigrammes d'émétine.

Le 23, l'état est sensiblement le même : le malade émet encore une selle normale. L'examen microscopique, cette fois encore, ne permet de constater ni amibes, ni kystes amibiens. Par précaution, néanmoins, on injecte la même dose d'émétine.

Il semblait donc, à ce moment, que tout péril fût conjuré. Or, le lendemain, 24 mai, le malade, à son réveil, éprouve une sensation de pesanteur et de gêne au niveau du foie. L'organe ne paraît pas augmenté de volume, mais la palpation est douloureuse.

Le soir, la température monte à 37°9. La nuit suivante est mauvaise.

Le 25, les souffrances sont plus vives. Le foie, toujours douloureux à la palpation, déborde maintenant le rebord costal. L'appétit a disparu, la langue est saburrale ; la température est 38°5 le matin ; le soir elle monte à 39°. On pouvait dès lors craindre une localisation hépatique de l'amibiase : on revient donc à l'émétine, dont on injecte 4 centigrammes le matin et 4 le soir.

Le 26, après une nuit un peu meilleure, le point de côté est moins violent, mais néanmoins la situation s'est aggravée. La température est encore de 39° et le foie descend à deux travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes.

On injecte 4 centigrammes d'émétine.

A 2 heures de l'après-midi, la température est de 39°5. On pra-

tique alors une ponction exploratrice à la partie la plus interne du 7e espace intercostal ; cette ponction permet de retirer un liquide légèrement trouble, couleur Porto. Ce liquide, examiné, montre la présence d'amibes immobiles.

Le diagnostic de collection intrahépatique étant ainsi établi, l'ouverture de la poche fut pratiquée le jour même. M. Leroy des Barres ne donne aucun détail sur cette opération, et l'on ne sait si l'intervention a eu lieu par la voie transpleurale ou par laparotomie. L'incision donna issue à un liquide identique naturellement, à celui qu'avait fourni la ponction. Mais dans ce liquide flottaient, çà et là, des amas fibrineux ayant l'aspect de fausses membranes. Les dimensions de la poche étaient comparables à celles d'une grosse orange.

Les suites opératoires furent très bonnes. Au bout d'une dizaine de jours les drains furent retirés, au bout d'un mois environ la plaie était cicatrisée.

Obs. XIII. — Flandrin et Dumas. — Gros abcès dysentérique ouvert dans les bronches. Guérison obtenue par le traitement chirurgical et les infections d'émétine.

Mme G..., 57 ans, mariée à 23 ans, 3 enfants dont un mort à 20 mois de diarrhée infantile, présente des antécédents peu intéressants avant son départ pour les colonies (une rougeole, une c arlatine, quelques rhumes sans gravité).

En 1902, elle part pour Madagascar et quelques mois après son arrivée est atteinte d'accès palustres nets qu'elle traite par des injections de sels de quinine.

Jusqu'en 1910, sa santé est généralement satisfaisante en dehors des crises fébriles, qui reviennent de temps à autre.

En *mai* 1910, elle est prise de coliques et de diarrhée. Tous

les signes d'une dysenterie caractérisée apparaissent rapidement et pendant le mois de juillet, août et septembre, son état général et profondément atteint par l'évolution de la nouvelle affection.

Le 2 *décembre*, elle a une longue poussée de température à 40° et pour la première fois apparaissent des douleurs dans l'hypocondre droit, douleurs gravatives, lancinantes irradiées vers l'épaule droite.

A la fin de *décembre*, les douleurs augmentent, la fièvre est continue, la malade expectore quelques crachats sanguinolents.

Le 31 *décembre* les douleurs dans la région du foie sont atroces toujours irradiées vers l'épaule droite, le décubitus dorsal est intolérable, la température oscille entre 39 et 40°. Dans la nnit du 31 décembre 1910 au 1er janvier 1911, après un paroxysme douloureux, des crises d'étouffement et de toux, elle expectore une grande quantité de pus chocolat. Après la vomique, les douleurs s'atténuent, la température tombe et la maladie entre dans une nouvelle phase.

Pendant toute l'année 1911, les périodes de calme succèdent aux périodes morbides. Après chaque phase d'un syndrome constitué par des ascensions de température, une recrudescence des douleurs et une diminution de l'expectoration, survient une vomique et une atténuation des signes précédents. Durant cette année 1911, la malade est prise à diverses reprises de violentes hémoptysies de sang rouge, aéré, spumeux qui orientent le diagnostic vers la tuberculose pulmonaire. Cependant l'amaigrissement se prononce, l'appétit disparaît, la faiblesse s'accentue et le 30 janvier 1912 la malade se décide à rentrer en France.

Pendant la traversée de la mer Rouge, une nouvelle crise de douleurs, une poussée de température et une grave hémoptysie obligent la malade à séjourner quelque temps à Port-Saïd, puis

au Caire, où, pendant un mois, elle est traitée à l'hôpital italien. Des piqûres d'acide phénique la remettent en état de subir une nouvelle traversée et, en mai 1912, elle arrive à Paris. Très atteinte par cette nouvelle fatigue, elle s'affaiblit de jour en jours, présentant à plusieurs reprises des crachements de sang rouge. Les douleurs sont constantes l'expectoration sanglante continuelle.

Pendant les mois de mai, juin et juillet 1912, elle subit un traitement par l'électricité qui n'améliore pas son état. Nous la voyons pour la première fois le 25 juillet 1912.

Mme G..., est une femme de taille moyenne, au visage énergique, gardant les traces des fatigues qu'elle supporte depuis deux ans. Le teint est terreux, les conjonctives légèrement jaunâtres, les lèvres décolorées ; elle parle avec effort, les quintes de toux sont fréquentes.

Elle se nourrit suffisamment et dormirait bien si elle pouvait supporter le décubitus dorsal, mais depuis de longs mois elle ne peut reposer qu'assise.

La toux est presque continuelle, avec paroxysmes nocturnes et matutinaux. L'expectoration est constituée par de gros crachats, tantôt franchement chocolat, tantôt jaunâtres striés de filets rouges. La température oscille entre 38° et 39° ; le pouls est à 100, les urines albumineuses ; il y a un peu de diarrhée glaireuse de temps à autre.

A l'examen du thorax, voussure à droite, visible surtout en arrière, au niveau des côtes inférieures. Pas de saillie des espaces intercostaux, pas d'œdème de la paroi ni circulation collatérale.

A la percussion en arrière, la matité remonte à la 5e côte et se confond plus bas avec la matité hépatique. En avant, la zone

mate commence à la 6e côte, et la palpation permet de sentir le bord tranchant du foie débordant le rebord costal.

A l'auscultation, le poumon gauche respire librement du haut en bas ; à droite, le murmure vésiculaire, normal en haut, s'arrête à la 5e côte. Pas de pectoriloquie aphone, légère bronchophonie, quelques bruits métalliques.

Le cœur est normal, pas d'œdème des membres inférieurs.

Le diagnostic d'une grosse collection occupant la partie inférieure du thorax ou la région sous-phrénique paraît s'imposer.

Nous adressons notre malade à notre collègue et ami Aubourg, qui, sur l'écran, nous montre une image radioscopique qui confirme absolument nos constatations cliniques.

Nous percevons une zone très obscure, représentant l'abcès sus-jacent à l'obscurité normale du foie ; la coupole diaphragmatique, fortement surélevée, recouvre la tumeur ; une poche à air, à cheval sur le diaphragme, révèle la communication bronchique par perforation du muscle, une légère traînée obscure est tendue, de la poche à air au médiastin.

Il s'agit donc d'une grosse collection sous-phrénique, ouverte dans les voies respiratoires à travers le diaphragme.

La malade se décide à subir l'intervention que nous lui proposons ; elle entre le 5 août à la maison de santé.

Le 6 *août*, intervention ; anesthésie à l'éther, appareil d'Omrédanne ; incision de 12 centimètres sur la ligne scapulaire postérieure le long de la 10e côte, qui est sectionnée, ainsi que la 9e, sur 7 à 8 centimètres. Incision du fascia endothoracique ; les deux feuillets de la plèvre paraissent jouer librement l'un sur l'autre. Cependant, dans la partie basse de la plaie, des adhérences permettent d'arriver sur le diaphragme sans suturer les deux plèvres. Incision du muscle, on tombe de suite sur l'abcès.

Agrandissement de l'ouverture jusqu'à passer deux drains du diamètre du pouce chacun, accolés en canon de fusil. Au total, 1.200 à 1 500 grammes de pus chocolat, peu fétide, a fait irruption. L'index, introduit dans la cavité, n'en peut sentir le fond ; les parois sont dures et fibreuses.

Evolution normale, chute de température, le décubitus dorsal devient parfaitement supportable, l'expectoration diminue considérablement.

Les premiers jours de septembre, la malade quitte la maison de santé, ne crachant plus, la température est normale, l'état général transformé.

Le 20 *septembre*, le dernier drain est enlevé, et le 1er octobre, la guérison paraît définitive.

Nous perdons de vue la malade pendant un mois.

Le 1er *novembre*, elle revient nous trouver avec des phénomènes qui se rapprochent singulièrement de ceux qu'elle présentait avant l'intervention. La température est remontée, les douleurs ont réapparu, l'expectoration brunâtre existe à nouveau ; enfin, depuis quelques jours, des quintes de toux pénibles surviennent le matin surtout.

Après un essai de traitement médical sans résultat, ne doutant pas d'une récidive, nous nous décidons à pratiquer une seconde intervention. Elle a lieu le 7 *novembre*. Son plan est calqué sur celui de la première. Même incision cutanée, repérage des côtes déjà sectionnées et ouverture, après quelques tâtonnements pour en trouver le siège, d'une collection moins volumineuse que la première. L'exploration digitale de la cavité montre que l'abcès siège derrière et sous le foie et non pas sur la convexité comme le précédent, de telle sorte qu'il s'agit manifestement d'une nou-

velle infection développée en un point différent, bien que voisin du premier.

Issue de 400 à 500 grammes de pus chocolat, drainage. L'amendement des symptômes est aussi remarquable et rapide que lors de la première intervention, mais malgré l'absence complète de toute rétention, les deux drains fournissant chaque jour une abondante quantité de pus, cet état favorable consécutif à l'intervention ne se maintient pas.

Lorsque la malade revient chez elle le 1er *décembre* 1912, la température oscille autour de 38°, la toux existe toujours, le matin surtout, et l'expectoration n'est pas tarie.

Le 15 *décembre*, la température atteint 39°, les quintes de toux au réveil prennent un caractère paroxystique et déprime beaucoup la malade. L'expectoration est légèrement augmentée et, à deux ou trois reprises, nous voyons le crachoir rempli de sang rouge. Cependant, et nous insistons sur ce fait, le drainage est absolument satisfaisant et pas un jour ne s'écoule sans que les compresses ne soient largement imbibées de pus.

Nous prescrivons de la poudre de foie, des cachets de bromhydrate de quinine ; nous nous efforçons de réaliser l'antisepsie des voies respiratoires ; la malade absorbe force salol et benzoate de soude : toute médication semble vaine. Le 25 décembre, la température est de 39°2 ; le 26, de 39°8, et la rétention nous paraît grave.

Nous demandant s'il n'existe pas une infection secondaire greffée sur la première, nous pratiquons un examen attentif du pus aspiré à l'aide d'une pipette stérile en pleine cavité hépatique.

L'examen sur lames par la méthode de l'hématoxyline au fer ne montre rien qui ressemble à des amibes. Les ensemencements sur différents milieux aérobies et anaérobies sont négatifs.

Ce caractère ne fait que confirmer l'idée d'un processus purement amibien que la couleur rougeâtre du pus ainsi que l'histoire de la malade imposait déjà. Aussi, frappés par les résultats décisifs obtenus, dans le service de M. Chauffard, sur le malade dont nous avons résumé l'histoire plus haut, nous nous décidons à appliquer à notre malade le traitement par l'émétine.

Le 27 *décembre*, injection sous la peau de la cuisse de 8 centigrammes de chlorhydrate d'émétine (2 centimètres cubes d'une solution à 4 par centimètre cube).

Le 18 *décembre*, même dose.

Le 29 *décembre*, 6 centigrammes.

Le 30 *décembre*, 6 centigrammes.

Le résultat de cette thérapeutique est immédiat. La température tombe le 30 décembre à 37°1 le matin, 37°6 le soir ; le pus issu des drains cesse d'être sanglant et devient grisâtre, son abondance diminue d'un tiers ; les crachats, qui étaient très hémorragiques, deviennent roussâtres, puis grisâtres et enfin disparaissent ; les quintes de toux se calment comme par enchantement la malade retrouve un sommeil parfait et mange avec appétit.

Pendant la première quinzaine de janvier, l'amélioration continue et, le 13 *janvier*, nous pouvons enlever un des drains.

Le 25 *janvier*, la température remonte légèrement et atteint 38° ; le pansement est imprégné d'un pus qui se colore de nouveau en brun.

Nous pratiquons alors une deuxième série d'injections d'émétine : quatre jours de suite, les 27, 28, 29 et 30 janvier, nous injectons 8 centigrammes d'émétine. Les piqûres sont fort bien supportées. L'amélioration est aussi remarquable que la première fois, la température tombe à 37° ; l'écoulement par le drain diminue de moitié, devient gris et beaucoup moins épais ;

la toux cesse à peu près complètement et l'expectoration n'est plus constituée que par quelques crachats muqueux.

Le 3 *février*, par excès de prudence, le drainage n'est pas complètement arrêté et un petit drain n° 10 remplace le n° 20 qui existait encore.

Le 17 *février*, le dernier drain est supprimé après examen radiologique.

On ne perçoit plus sous l'écran qu'une minime poche à air qui augmente à l'expiration par aspiration de l'air à travers la plaie ; il n'y a pas de liquide mobile à la succussion. Le diaphragme est nettement limité et joue normalement ; les culs-de-sac pleuraux sont bien dessinés. Le poumon est presque complètement clair.

Actuellement (6 mars 1913), la malade a régulièrement, depuis le 17 février, 36°5 le matin et 37° le soir. Elle ne souffre plus, ne crache plus, ne tousse plus, sauf le matin au réveil ; elle vaque normalement à ses occupations, sortant, marchant, montant des étages sans essoufflement ni trouble respiratoire d'aucune sorte. Elle a engraissé de 2 kgr. 500 depuis un mois, mange d'excellent appétit et a tout lieu de se croire complètement guérie. Une toute dernière radiographie en donne la preuve. La clarté du poumon est devenue complète et le foie a repris son volume normal.

En résumé, notre malade n'a pas cessé d'être sous l'influence de la dysenterie amibienne depuis sa première atteinte, en mai 1910. La localisation hépatique s'est manifestée pour la première fois au commencement de décembre 1910. L'abcès s'est ouvert dans les bronches le 31 décembre 1910. Pendant un an et demi, jusqu'en juillet 1912, aucun traitement rationnel ne semble

avoir été institué et la malade a été considérée comme une tuberculeuse.

C'est donc en face d'une femme épuisée par deux ans de maladie, et ayant un énorme abcès de la face supérieure du foie, ouvert dans les bronches, que s'est trouvé l'un de nous en juillet 1912. L'intervention qui a permis à l'abcès de se vider complètement, a donné des résultats immédiats remarquables et on a pu croire la malade guérie.

Cependant, une collection s'est formée à nouveau dans le foie et malgré un drainage largement suffisant, la suppuration a continué à se faire, donnant issue à un pus sanglant. Dans cette troisième période de la maladie, le traitement par l'émétine a amené une guérison que tout paraît permettre de considérer comme complète.

Obs. XIV. — Dr Turpillis Ortiz. — *Archives de l'hôpital Rosales* (septembre 1913).

Emilio Marcos, commerçant turc de 24 ans, pris le lit à l'hôpital Rosales, accidentellement à notre charge, le 20 août de cette année, se plaignant de douleurs intenses et continues dans la région hépatique. Il dit que le 29 mai 1912 il entra pour les mêmes motifs dans le même service.

Le tableau symptomatique qu'il présentait, *malgré l'absence de fièvre*, nous fit penser à une collection intra-hépatique, opinion confirmée par les renseignements que nous fournit le livre d'opérations, dans lequel on constate que le susdit commerçant turc fut opéré par le Dr Luis Paredes, en juin 1912.

Ayant diagnostiqué un abcès du foie à répétition, nous décidâmes l'intervention. En pratiquant l'opération, nous rencontrâmes une cavité pleine de pus blanc, légèrement hémorragique,

épais, sans aucune odeur, et d'une valeur de 1.000 grammes. On draina, avec un drain Guyon-Perrier, et on fit un grand lavage avec de l'eau distillée stérilisée. Les caractères du pus nous firent douter de son origine amibienne. C'est pour cette raison qne nous l'envoyâmes au laboratoire de microbiologie du Dr Rivas Vides, qui s'intéresse à ce genre d'études. Il nous apporta aimablement son importante collaboration.

On rencontra l'amibe enkystée en petites quantités probablement pour n'avoir pas fait le grattage des parois de l'abcès, que nous ne croyions pas nécessaire.

Enthousiasmés par les travaux de Rogers et Chauffard sur la brillante action thérapeutique du chlorhydrate d'émétine dans la dysenterie amibienne et les abcès du foie consécutifs, et connaissant la résistance que présentent ces abcès à guérir (nous nous rappelons que ce même malade était resté 40 jours avec un drain lors de sa première opération), il nous parut indiqué d'appliquer le médicament que Chauffard a inséré dans la liste des spécifiques.

Pendant les trois jours qui suivirent l'opération, on pratiqua des injections de 3 centigrammes de chlorhydrate d'émétine, matin et soir, et en même temps, on fit des lavages de la cavité avec de l'eau distillée stérilisée.

Le quatrième jour, nous fûmes agréablement surpris par l'absence de pus dans le lavage.

Ce jour et le suivant, on lui injecta 0 gr. 06 d'émétine.

On continua les lavages jusqu'au huitième jour, époque à laquelle on enleva le drain.

Le malade sort de l'établissement le 19 septembre 1913, guéri.

Comme on le voit dans l'observation précédente, il s'agit d'un abcès à répétition, la première fois, il est opéré et dure quarante jours, avec un drain en place, et la seconde fois on l'opère à nouveau, et on le traite ensuite par la méthode de Rogers, et, bien que n'employant exclusivement que le traitement général avec des injections hypodermiques et sans traitement local, avec la solution d'émétine, la suppuration disparaît au quatrième jour, et on enlève le drain le huitième jour, la cicatrisation s'étant effectuée rapidement.

Obs. XV. — Maurras et Herdier. — Abcès du foie d'origine amibienne. Traité d'abord chirurgicalement. Amélioration lente. Puis traité par des infections d'énergie, guérison rapide. *Annales d'hygiène et de médecine coloniales* (octobre, novembre, décembre 1913).

A..., agent de police à Saïgon, âgé de 29 ans, entré le 5 février 1913, à l'hôpital de Marseille, pour congestion de foie.

Vient de faire un séjour de huit ans en Cochinchine. N'aurait jamais eu de dysenterie. En octobre 1912, a eu quelques accès de fièvre et a été traité pendant un mois et demi à l'hôpital de Saïgon pour fièvre et congestion du foie, affections pour lesquelles il est rapatrié.

A son arrivée, nous constatons tous les signes d'un abcès du foie : augmentation de volume du foie, légère voussure au niveau de l'hypochondre droit, effacement des espaces intercostaux, douleurs dans les 9e et 10e espaces, sur la ligne axillaire antérieure, sensation de fluctuation dans le 9e espace ; signes de périhépatite avec légère congestion pleuro-pulmonaire droite ; urines rares, fortement colorées, contenant des traces d'albumine ; troubles

gastro-intestinaux, constipation ; amaigrissement extrême, mauvais état général, etc. Opération le 8 février à l'anesthésie locale : ouverture rapide de l'abcès au thermo-cautère, écoulement d'un pus chocolat très abondant. Lavages à l'eau oxygénée et drainage.

Amélioration lente. Le 10 mars, il existe encore un trajet fistuleux, par lequel s'écoule un pus épais, crémeux, nettement hépatique. L'état général laisse toujours à désirer. L'examen des selles révèle la présence d'amibes dysentériques.

Du 10 au 13, cinq injections d'émétine sont faites au malade, à la dose de 0 gr. 03 les deux premiers jours, puis à la dose de 0 gr. 02 pendant les trois autres jours. L'amélioration est immédiate : le lendemain de la première injection, le pus change d'aspect ; il est jaune citron, presque huileux et beaucoup moins abondant. A la constipation a fait place une diarrhée légère : selles abondantes, pâteuses et légèrement bilieuses.

A la date du 16, le pus étant complètement tari, le petit drain est supprimé et remplacé par une mèche de gaze très fine à cause légère cholerragie. Amélioration marquée de l'état général.

Le 3 avril, la plaie et la fistule sont tout à fait cicatrisées.

A... sort par guérison le 16 avril.

Obs. XVI. — M. Tuffier. — A propos du procès-verbal. Abcès du foie traité par l'émétine. *Bull. Soc. de chirurgie*, séance du 19 novembre 1913.

A la suite de notre discussion du 12 novembre dernier, j'apporte à la Société l'observation suivante. Le malade qui présentait des signes d'abcès hépatique, avec vomique, a été considérablement amélioré par des piqûres d'émétine.

Cet homme, âgé de 24 ans, est entré dans mon service le 1er octobre 1913, salle Ambroise-Paré, lit nº 6. Il avait fait son

service militaire au Maroc, et il avait eu, pendant son temps, quelques accès de fièvre paludéenne, quelques crises de diarrhée, et une fièvre typhoïde qui avait évolué normalement, sans complication.

Quelques mois après son retour, il commença par souffrir de spasmes de l'œsophage, puis il ressentit dans les flancs et à l'épigastre des douleurs violentes, qui finirent par l'obliger à s'aliter. Au bout de quelques jours, il fut pris de frissons, accompagnés d'élévation de température. Ses douleurs se localisèrent dans la région hépatique, irradiant vers l'épaule droite. Ceci se passait à la fin du mois de septembre ; à son entrée dans mon service, la température était de 39°4 ; la percussion du foie, extrêmement douloureuse, montrait un organe très augmenté de volume, débordant les fausses côtes de trois travers de doigt. Il existait dans toute la région préhépatique une défense musculaire très accusée, et qui s'accompagnait d'une douleur extrêmement vive.

L'examen radioscopique, pratiqué à ce moment, nous a donné les résultats suivants : la coupole diaphragmatique droite remonte très haut, et elle est presque complètement immobile.

Le 5 octobre, le malade présente plusieurs vomiques successives, il rejette ainsi environ 200 grammes de pus mélangé de bile qui donne à l'expectoration une teinte verdâtre.

Une saveur amère persiste longtemps dans la bouche du malade.

Le lendemain, la température commence à baisser, la douleur a beaucoup diminué. On fait une piqûre de 4 centigrammes d'émétine que l'on répète cinq jours de suite ; pendant ce temps, les vomiques vont en diminuant.

Le cinquième jour, le malade ne crache plus, la température est à 37°, la douleur n'existe plus.

Le 29 octobre, dix jours après, les accidents se reproduisent, il existe, en outre, à la base droite, une zone de submatité où l'on trouve quelques râles sous-crépitants et des frottements pleuraux. La température est remontée, la douleur a repris son intensité. Une nouvelle radiographie montre que le diaphragme remonte du côté droit, à 4 centimètres plus haut que normalement. Le bord inférieur du foie est convexe.

On refait une nouvelle série de piqûres de 4 centigrammes d'émétine, et, sous l'influence de ce traitement, la température redevient normale, la douleur s'atténue peu à peu, sans qu'il y ait la moindre expectoration.

Actuellement, le malade est en parfait état, il ressent encore quelques élancements dans la région hépatique et surtout dans l'épaule droite. Mais son état général est excellent, il peut rester debout toute la journée, et son appétit est tout à fait revenu.

Cette observation n'est pas aussi concluante que celles qui nous ont été présentées par M. Morestin. L'examen microscopique n'a pas été fait, mais le malade présentait des signes indéniables d'abcès hépatique ; une première fois, des accidents aigus ont été améliorés par des piqûres d'émétine, il est vrai que le malade avait eu une vomique ; au moment de la rechute, le traitement par l'émétine a empêché à lui seul l'apparition de nouveaux accidents, et les symptômes aigus ont rétrocédé pour disparaître complètement.

Je crois que cette observation vient à l'appui de ce qui a été dit dans notre dernière séance, et qu'elle est une preuve très nette, de l'efficacité du traitement par l'émétine, dans les suppurations hépatiques.

Obs. XVII. — Chauffard. — Etat hémoptoïque chronique, consécutif à l'ouverture dans les bronches d'un abcès dysentérique du foie. Guérison par l'émétime. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1914, 3e s.

Le malade que je présente à la Société vient d être guéri par le chlorhydrate d'émétine d'un *état hémoptoïque* ancien et rebelle, reliquat de l'ouverture dans les bronches d'un abcès dysentérique du foie. Son histoire va nous montrer par quelles péripéties il a passé, traité sans succès durable par une intervention chirurgicale, puis par l'émétine à faibles doses, et je dirai pour quels motifs, après une cure d'émétine faite à doses suffisantes, je crois que cette fois une guérison définitive est obtenue :

Jean T..., âgé de 25 ans, et qui exerce le métier de maréchal-ferrant, entre à la clinique pour un crachement de sang persistant, et dû à la déhiscence bronchique d'un abcès dysentérique du foie.

Antécédents héréditaires. — Son père et sa mère sont encore en vie et en bonne santé.

Il a un frère et une sœur bien portants.

Antécédents personnels. — Aucune maladie à noter ; pas de syphilis, pas de présomption d'une tare tuberculeuse quelconque.

Histoire de la maladie. — T... part pour le Maroc, faire son service militaire en qualité de maréchal-ferrant, le 27 avril 1911. Depuis son arrivée dans ce pays jusqu'au mois de janvier 1912, sa santé n'est pas altérée. Mais à cette époque, T..., qui était alors en colonne, se met à avoir des selles fréquentes sanglantes

et graisseuses, mais assez peu douloureuses ; le nombre de ces selles atteint rapidement le chiffre d'une quinzaine environ chaque jour. A ce moment on fit le diagnostic d'une dysenterie amibienne, et le malade fut traité par les purgations et les pilules de Segond. Sous l'influence de ce traitement, les selles redevinrent rapidement normales comme aspect et comme nombre, et la guérison parut complète vers la fin du mois de février 1912.

La guérison clinique se maintient ainsi jusqu'en juillet 1912, date à laquelle, après avoir pendant une quinzaine de jours présenté des douleurs assez bas situées dans le côté droit, il est pris un matin, au réveil, de quintes de toux qui amènent l'expectoration d'un *pus brunâtre, chocolat*, sans odeur fétide. Le malade présenta à plusieurs reprises, pendant une durée de quatre à cinq jours, des quintes de toux amenant le rejet de pus, dont la totalité atteignit 1 litre. Depuis cette époque le malade continue à crachoter le matin et principalement la nuit, mais alors que les premiers crachats étaient purulents, ceux-ci sont devenus franchement sanglants. C'est dans ces conditions que T... est dirigé sur l'hôpital de Rochefort, où, après examen, on pose le diagnostic d'abcès dysentérique du poumon consécutif à un abcès du foie ouvert dans les bronches et l'on décide de pratiquer une intervention chirurgicale. L'intervention est pratiquée le 24 novembre 1912 sous anesthésie chloroformique par le Dr Manine, et consiste dans la résection de deux côtes, sans incision de la plèvre.

A la suite de cette opération, le malade eut une expectoration rouge très abondante pendant environ quatre à cinq jours, après quoi elle se tarit presque complètement et le malade, qui avait maigri environ de 8 kilogrammes en cinq mois, se mit à

reprendre du poids et des forces. Cette amélioration générale est telle qu'en mai 1913 il peut reprendre ses fonctions de maréchal-ferrant militaire. Mais au bout de quatre jours, il se remet à cracher du sang, est obligé de cesser à nouveau son service, et il est réformé à cette époque.

L'expectoration continue, mais légère, peu sanglante, lorsqu'en août 1913 se produit une véritable rechute. Le malade tousse beaucoup, expectore des crachats franchement sanglants, et, comme traitement, on lui fit huit piqûres d'émétine de 0 gr. 04 chacune. Cette thérapeutique amène une amélioration très sensible, et le malade semblerait guéri si, toutefois, il ne présentait encore pendant la nuit quelques crachats un peu sanglants. A la fin du mois de novembre 1913, la toux devient plus forte et les crachats sont aussi abondants et aussi sanglants qu'avant la cure par l'émétine ; et, à ce moment, étant toujours suivi à Rochefort, on lui proposa une seconde intervention chirurgicale, à laquelle il refusa de se soumettre. Il vint alors à Paris, et, son état ne s'améliorant pas, il entre dans le service, le 18 décembre 1913, sur la recommandation du Dr Coyon.

En somme, le malade est arrivé dans nos salles crachant du sang d'une façon intermittente ou continue depuis juillet 1912 jusqu'en décembre 1913.

Examen du malade. — T... présente encore un aspect robuste, mais il a le teint mat et un peu terreux. Si on examine l'abdomen, on constate qu'il est souple, sa palpation n'est pas douloureuse, le bord inférieur du foie ne déborde pas les fausses côtes, et la palpation attentive, au niveau de la région hépatique, ne réveille de douleur en aucun point. En haut, la matité hépatique commence au 4e espace. La rate n'est sensible ni à la palpation ni à la percussion.

Si, maintenant, nous examinons le thorax, nous voyons, en avant, qu'il n'y a pas d'ampliation anormale du côté droit ; la palpation montre que les vibrations sont conservées, la sonorité est normale. A l'auscultation, le murmure vésiculaire est affaibli à droite et semble un peu augmenté à gauche. En arrière, nous voyons tout d'abord la cicatrice opératoire, qui est sans adhérences et sans traces de fistulisations ; il existe à ce même niveau une simple dépression par suite de l'absence des deux segments de côte manquants. A la palpation, on trouve que les vibrations normales à gauche, sont affaiblies à droite, où elles existent encore cependant. A la percussion, le poumon gauche est sonore dans toute son étendue. A droite, au contraire, le sommet seul est sonore et la matité remonte assez haut ; cette matité est franche, tout en étant cependant bien distincte de la matité hydrique. L'auscultation, enfin, nous montre qu'à gauche le murmure vésiculaire a son moelleux normal ; il en est de même au sommet droit ; par contre, au niveau de la partie moyenne et de la base, il existe une obscurité respiratoire presque complète, et on perçoit quelques râles fins, surtout après la toux. Il n'y a pas de souffle, pas de frottements et la recherche de la succussion, pratiquée verticalement ou horizontalement, est négative.

Si, maintenant, nous passons à l'examen des autres appareils, nous ferons les constatations suivantes : le pouls est plein, régulier, bien frappé, battant à 80 pulsations environ à la minute ; la radiale n'est ni dure ni sinueuse ; la tension artérielle est normale. La percussion du cœur montre que cette organe n'est point augmenté de volume, la pointe se sent au niveau du mamelon gauche, et, à l'auscultation, les deux bruits sont normaux.

Les urines sont abondantes, bien colorées, ne renfermant ni sucre ni albumine. Les fonctions digestives se font normalement; le malade a des selles régulièrement chaque jour et elles sont bien moulées. L'examen rectoscopique que l'on pratique, étant donnés les antécédents du malade, montre seulement quelques points d'épaissement de la muqueuse rectale, mais sans érosions dysentériques.

L'examen radioscopique pratiqué le 20 décembre 1913 montre de l'obscurité dans les deux tiers inférieurs du côté droit. Cette obscurité massive ne permet pas de reconnaître le diaphragme droit, ni de dire si l'expectoration sanglante est de provenance hépatique ou pulmonaire.

Dans le service, le malade continue à rejeter des crachats franchement sanglants, qu'il expectore surtout la nuit et un peu le matin. Leur quantité est d'environ d'une cuillerée à soupe par vingt-quatre heures.

Le *23 décembre*. on pratique l'examen microscopique de crachats grais recueillis dans de l'eau chaude, et cet examen permet de voir une amibe typique et contenant des débris de globules rouges phagocytés.

L'examen du sang pratiqué le même jour donne :

Globules rouges.	6.600.000
Globules blancs.	19.000
Polynucléaires	72 %
Lymphocytes.	18
Eosinophiles	4
Mastsellen	2
Grands mononucléaires . .	4
Hémogobine.	90

Depuis son entrée, l'expectoration ne change pas de caractère ; elle est toujours rutilante, atteignant 5 à 6 centimètres cubes. Dans ces conditions le 24 et le 25 décembre 1913, on fait une injection intramusculaire de 8 centigrammes de chlorhydrate d'émétine. Le 26 décembre, l'expectoration est moins abondante, moins rutilante, plus brunâtre, couleur ratanhia. L'examen stéthoscopique ne montre guère de modification, si ce n'est peut-être un peu plus de perméabilité pulmonaire avec des râles un peu plus gros. A l'examen radioscopique, il n'y a pas de modificetion. Injection de 10 centigrammes d'émétine, Le lendemain, 27 décembre, l'expectoration est encore plus foncée, plus brunâtre et plus liquide ; injection de 10 centigrammes d'émétine. On constate également ce jour-là, que la température, qui n'était guère supérieure jusque-là à 37°, se met à atteindre 38° 5, mais cette ascension thermique est due à une légère angine érythémateuse avec adénite carotidienne ; malgré cette angine, on injecte encore ce jour-là, 10 centigrammes d'émétine, de même que le jour suivant. Le 29 décembre, la température tombe, une légère douleur à la déglutition avec l'engorgement ganglionnaire subsiste seule. L'expectoration est à ce moment très peu abondante ; il y a seulement dans le crachoir de vingt-quatre heures 7 crachats muqueux striés de sang brun. A ce moment on cesse l'émétine ; l'expectoration les jours suivants continue à être minime et grisâtre ; à l'auscultation, le poumon est plus perméable et plus sonore à la percussion.

Le 2 janvier 1904, toute trace de sang a disparu des crachats, qui sont purement muqueux, et le 6 janvier l'expectoration est complètement tarie.

Le 9 janvier, on recommence une deuxième cure d'émétine,

une injection de 8 centigrammes et 2 à 10 centigrammes, soit en tout, 74 centigrammes en 8 injections ; l'état général est de plus en plus satisfaisant et à la sortie du malade, le *12 janvier*, on a seulement à la base droite une légère diminution des vibrations locales avec un peu d'affaiblissement du murmure vésiculaire ; la sonorité est presque égale à celle du côté opposé.

L'examen radioscopique pratiqué ce même jour confirme ces données, en nous montrant que cette fois la coupole diaphragmatique droite est visible mais presque immobile, et située à son niveau normal. La base du poumon droit a presque repris sa transparence physiologique, sans tractus fibreux visible, ainsi que le montre une radiographie faite par M. Ronneaux.

L'observation qui précède est très comparable à celle que j'ai présentée il y a un an à l'Académie de Médecine. Dans les deux cas nous voyons succéder à l'évacuation bronchique d'un abcès dysentérique du foie un état *hémoptoïque chronique avec expectoration rutilante*, qui, chez mon premier malade, durait depuis cinq mois, et ici, avec des rémissions passagères, depuis près de dix-huit mois.

J'ai déjà plusieurs fois insisté sur la signification du caractère hémorragique des sécrétions comme indice d'amibiase locale en état d'activité. Nous avons pu dans le cas présent en faire la preuve, en trouvant dans un des crachats sanglants une amibe dysentérique typique, vivante, et contenant des débris de globules rouges.

Cet état hémoptoïque chronique me paraît très important à connaître, car alors que tout caractère purulent des crachats a disparu, il persiste encore, d'une façon

presque indéfinie. On voit à quelles erreurs de diagnostic pourrait conduire la méconnaissance de cas de ce genre.

Non seulement ici cet état hémoptoïque c'est prolongé pendant près de dix-huit mois, mais il a résisté à plusieurs tentatives thérapeutiques très différentes. Une cure d'émétine faite à Rochefort, avec 8 injections de 4 centigrammes, a déterminé une notable amélioration, mais de peu de durée, et il semble bien que, pour les faits de ce genre, la dose de 4 centigrammes soit trop faible. Dans un cas de ce genre récemment publié par M. Tuffier, une rechute est survenue, qui a cédé définitivement à une seconde série d'injections.

Le traitement chirurgical n'a pas eu un meilleur succès. M. Manine, qui a bien voulu me donner sur ce point les renseignements nécessaires, a réséqué deux côtés, de façon à permettre l'affaiblissement local du thorax et du poumon ; c'est ce que les médecins de marine appellent « l'opération de Foucaud », du nom d'un de leurs collègues qui a préconisé ce procédé opératoire.

L'amélioration obtenue n'a été que passagère, et M. Manine proposait une nouvelle intervention, qui aurait consisté, je pense, à aller ouvrir directement le foyer pulmonaire, mais le malade n'a pas voulu s'y soumettre, et c'est à la médecine, je crois, que reviendra l'honneur de sa guérison définitive.

Je considère cette guérison comme acquise, parce que sous nos yeux, non seulement l'expectoration s'est modifiée presque immédiatement, puis tarie mais *l'état*

pulmonaire a aussi changé du tout au tout, comme l'ont montré la percussion,l'auscultation, et surtout *l'examen radiologique.* C'est là dans les résultats de la radiologie, qui me paraît se trouver le critérium de la guérison. Le jour où le poumon redevient clair, on peut admettre que la déhiscence bronchique est cicatrisée ce qui ne peut guère sans que le foyer hépatique soit également guéri.

Il me paraît, du reste, très difficile de faire la part de ce qui revient au poumon et au foie dans la production incessante de ces expectorations hémoptoïques : je pense que si le foyer intra-hépatique était complètement guéri,le trajet pulmonaire ne tarderait pas à l'être aussi mais je n'en ai pas la preuve et nos méthodes d'examen clinique ne nous permettent guère de la donner.

Nous n'obtiendrons ces belles guérisons qu'à condition de recourir à des *doses suffisantes* ; 4 centigrammes par jour est certainement une dose trop faible, et 8 à 10 ou même 12 centigrammes me paraissent la dose à prescrire. J'ajoute que je me crois d'autant plus autorisé à conseiller ces doses relativement fortes que dans *aucun des cas* déjà nombreux de dysenterie amibienne intestinale ou hépatique que j'ai eu à traiter, je n'ai observé le *moindre trouble physiologique,*ni hypotensif. ni nauséeux ou diarrhéique.

Ces troubles ont cependant été observés dans quelques cas assez rares, et ils ont paru dépendre de conditions variables du produit, provenance du médicament ou emploi de solutions déjà anciennes. On devra donc tenir le plus grand compte de ces facteurs, mais, sous

ces réserves, je crois la médication par le chlorhydrate d'émétine très peu toxique, au moins d'après mon expérience personnelle.

Je la crois aussi d'une incontestable efficacité, à condition qu'on sache la manier à doses suffisantes, et je ne saurais souscrire à la phrase suivante de M. Morin : « Comme l'ipéca, l'émétine a eu son heure, plus éphémère, de gloire incontestée. » La médication par le chlorydrate d'émétine me paraît un admirable progrès dans le traitement des dysenteries amibiennes et de leurs complications hépatiques, et qui n'aura rien d'éphémère.

1. H. Morin : L'émétine dans la dysenterie amibienne. *Thèse de Bordeaux*, 1913.

Obs. XVIII. — G. Roux et L. Tribondeau. — Abcès multiples du foie. *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, séance du 11 juin 1913.

R..., matelot clairon, a contracté la dysenterie à Shang-Haï en 1911 et a eu, à la fin de la même année, une poussée de congestion du foie avec température élevée pendant un mois. Entré à l'hôpital de Lorient le 10 mars 1913 avec des signes non équivoques d'abcès du foie, il a été opéré le 15 mars 1913 par le Dr Dorso qui ouvrit un abcès du volume d'une grosse orange rempli de pus couleur chocolat. La température qui, les jours précédents, se maintenait matin et soir au-dessus de la normale et dépassait parfois 40°, tombe à 37° le soir de l'opération. Mais elle remonte à 38° dès le lendemain, et oscille entre 37° et 39° jusqu'au 21 mars; ensuite on observe une période d'apyrexie du 21 au 27 mars, pendant laquelle l'état général et local s'améliore un peu, puis s'aggrave progressivement; la bile apparaît dans les

sécrétions de l'abcès ; cette cholerragie augmente ; le malade va s'affaiblissant ; enfin, le 28 mars, la fièvre s'allume de nouveau et dépasse 39°. L'examen local et les phénomènes généraux permettent de conclure à l'existence d'un ou plusieurs foyers inflammatoires, évoluant dans le foie en plus de l'abcès qui a été ouvert. Avant de se résoudre à de nouvelles ponctions exploratrices, on essaie la cure d'émétine. Le 29 mars, injection sous-cutanée de 0 gr. 03 de chlorhydrate d'émétine ; le 30 mars, 0 gr. 03 sous la peau, et 0 gr. 06 dans la cavité de l'abcès ; le 31 mars, 1er, 2 et 3 avril, deux injections sous-cutanées quotidiennnes (0 gr. 03 le matin : 0 gr. 02 le soir) et une injection dans l'abcès (0 gr. 06) ; le 4 avril deux injections sous-cutanées (de 0 gr. 02) et une injection dans la plaie (de 0 gr. 04) ; le 5, deux injections sous-cutanées (de 0 gr. 02) et une injection dans la plaie (de 0 gr. 04) ; le 6 et le 7, une seule injection sous cutanée (de 0 gr. 02) ; soit en tout, 0 gr. 38 d'émétine en injections sous cutanées et 0 gr. 34 en injections dans l'abcès. L'hyperthermie a disparu en quatre jours après la marche suivante de la température :

Le 29 mars	M = 36°5 ;	S = 38°9 ;
30 mars	M = 37° ;	S = 39°4 ;
31 mars	M = 37°6 ;	S = 38° ;
1er avril	M = 37°2 ;	S = 37°7 ;
2 avril	M = 36°8 ;	S = 37°.

Depuis le 2 avril jusqu'à aujourd'hui (18 mai), il n'y a plus eu de fièvre. Entre temps, l'état local et général du sujet s'améliorait remarquablement : le foie devenait rapidement indolore ; la fistule ne donnait plus issue, dès le 5 avril, qu'à un léger suintement, et se fermait le 5 mai ; le malade engraissait et reprenait des forces. Actuellement il est permis de compter sur une guérison définitive.

Conclusions. — Comme l'ont déjà montré les observations de Chauffard, Flandin et René Dumas, etc., l'émétine hâte la guérison des abcès du foie ouverts, et peut, en outre, faire avorter des foyers inflammatoires en voie de développement, propriété d'une importance considérable puisque, le plus souvent, les abcès multiples sont inaccessibles à l'intervention chirurgicale et entraînent la mort des malades.

B. — *Observations dans lesquelles le traitement par l'émétine a été associé à la simple ponction.*

Les observations précédentes prouvent éloquemment que l'émétine aide puissamment l'acte chirurgical dans le traitement des abcès du foie, et abrège les suites opératoires.

Nous allons voir maintenant que l'émétine permet de réduire l'acte chirurgical et que la simple ponction associée au traitement de Rogers va donner les remarquables succès que nous trouvons dans les observations suivantes.

Obs. XIX. — M. Rouget. Abcès amibien du foie traité par la ponction évacuatrice et les injections sous-cutanées d'émétine. *Bulletin et mémoires de la société médicale des hôpitaux*, (24 avril 1913).

Il s'agit d'un malade ayant contracté la dysenterie en 1899 en Cochinchine; jouissant d'une bonne santé apparente jusqu'en 1906; à cette époque, puis en 1909 il entre au Val-de-Grâce pour congestion hépatique; en 1909, il entre encore à l'hôpital

de Tulle. Jusqu'en 1912, il ressent des douleurs assez vives dans le flanc droit.

Le 12 février 1913, il entre dans le service de M. Rouget qui fait une ponction exploratrice du foie, donnant issue à du pus chocolat.

Le 8 mars, on se décide à faire une ponction évacuatrice, on retira 200 centimètres cubes d'un pus chocolat contenant des amibes; on fait alors des injections de chlorhydrate d'émétine; on en injecta 28 centigrammes par doses de 4 à 6 centigrammes, du 8 au 13 mars; la guérison fut complète.

Cette observation, rapprochée de celle qui fut publiée dans le même journal par M. Coste, le 19 avril de la même année, montre que l'on peut parfaitement guérir les abcès du foie par simple ponction évacuatrice accompagnée d'injections de chlorhydrate d'émétine.

Obs. XX. — Maurras et Hervier. Abcès du foie d'origine amibienne, non ouvert, traité par la ponction évacuatrice et les injections sous-cutanées d'émétine. — Guérison rapide. — *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, (oct. nov. déc. 1913).

P... A... artilleur colonial, âgé de 29 ans, rapatrié du Maroc en fin de séjour, entré le 27 mai dernier à l'hôpital militaire de Marseille pour « anémie et rechute de dysenterie ».

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier à signaler.

Antécédents personnels. — Rien dans son enfance et son adolescence. Engagé à 19 ans dans l'artillerie coloniale, a fait dans le Haut-Sénégal-Niger un premier séjour colonial de quatre ans, de 1906 à 1910, pendant lesquels il n'a rien présenté, en dehors de quelques accès de fièvre palustre.

Histoire de la maladie. — En août 1911, c'est-à-dire trois mois après son arrivée au Maroc, est atteint de diarrhée dysentériforme, pour laquelle il est évacué de Tiflet sur Rabat, puis sur Casablanca, où il reste une vingtaine de jours en traitement. Rejoint ensuite son corps à Rabat, mais depuis conserve toujours de la diarrhée.

Nouvelle atteinte en décembre 1912 caractérisée par des coliques, des épreintes, des selles liquides muco-sanglantes, au nombre de 12 à 20 dans les vingt-quatre heures. Après vingt-sept jours de traitement (purgatifs salins, pilules de Segond, lavements au permanganate de potasse, diète lactée) à l'hôpital de Mékinez, il reprend son service.

Troisième hospitalisation à Fez, en mars dernier pour congestion du foie (douleurs dans l'hypocondre droit, fièvre, peu ou pas de diarrhée). A particulièrement souffert pendant la traversée : point du côté hépatique, fièvre, troubles gastriques et diarrhée.

Etat actuel. — Le malade est fatigué et amaigri ; son teint est jaune terreux avec coloration subictérique des conjonctives, il se plaint de céphalée, d'insomnie et accuse des douleurs spontanées dans l'hypocondre droit ainsi qu'une scapulalgie assez vive.

A l'inspection, on constate une légère voussure au niveau de l'hypocondre droit et un peu d'élargissement des espaces intercostaux. L'hémithorax de ce côté paraît plus lisse par suite de l'effacement des saillies costales latéralement et en arrière.

La palpation localise bien la voussure au niveau de la base du thorax et à deux travers de doigt sous le rebord costal, où elle provoque une douleur très nette, que l'on trouve également

dans les 8e, 9e et 10e espaces intercostaux. Pas de frottement périhépatique.

La percussion révèle une augmentation du volume du foie, dont la limite supérieure est un peu plus élevée que normalement, la matité franche commençant au niveau du mamelon ; quant à la limite inférieure, elle déborde les fausses côtes de deux travers de doigt.

La rate, indolore, est percutable, mais non accessible à la palpation.

L'auscultation fait percevoir une diminution très appréciable de la respiration dans toute l'étendue du poumon droit. L'inspiration profonde est pénible. Rien à signaler du côté du cœur. Le pouls est un peu rapide, mais régulier.

Du côté du tube digestif ; les troubles sont assez marqués : langue très saburrale, inappétence, douleur au niveau du creux épigastrique, diarrhée constante avec selles liquides jaunâtres.

Les urines, peu abondantes, sont d'une couleur rouge foncé et présentent un dépôt notable.

Le malade est évacué de la salle 18 par nos camarades, les médecins-majors de 1re classe Seguin et Marty, avec le diagnostic d'abcès du foie probable et avec les renseignements suivants : l'examen des selles, pratiqué le 28, a révélé des amibes dysentériques nettes ; formule leucocytaire :

Polynucléaires.	84,3 %
Mononucléaires	13,3
Lymphocytes	2,0
Eosinophiles	0,3

Température vespérale, 39°4 le 28, 38°8 le 29.

Sous chloroforme nous pratiquons des ponctions exploratrices

du foie dans toute l'étendue de l'organe. Le pus n'est trouvé qu'à la onzième ponction, faite dans le neuvième espace, un peu en dehors et en dessous (trois travers de doigt) de la ligne mamillaire, et en dedans sur la face connexe. Le pus retiré est peu abondant (7 à 8 centimètres cubes), mais épais et de couleur chocolat.

Après un repos de vingt-quatre heures le malade est soumi- au traitement de l'émétine.

Le 31 mai. — Première injection sous-cutanée de 0 gr. 06 (3 tubes de 2 centigrammes). Dans la journée le malade a une selle bilieuse, demi-liquide ; le soir il présente un accès de fièvre, 38°.

Le 1er juin. — Deuxième injection à la même dose ; 2 selles pâteuses jaunâtres dans les vingt-quatre heures ; accès de fièvre plus violent, 40°2.

L'examen du sang est négatif au point de vue du paludisme.

Le 2 juin, troisième injection à la même dose, deux selles dans les vingt-quatre heures, la première pâteuse, la deuxième moulée avec un peu de sang.

Le 3 juin, quatrième injection à 0 gr. 04 ; trois selles demi-pâteuses, dans les vingt-quatre heures ; amélioration très nette de l'état général. L'apétit et le sommeil sont revenus depuis hier; la température est moins élevée ; la coloration subictérique est moins accusée; le foie, toujours augmenté de volume n'est plus douloureux à la palpation. A l'auscultation pulmonaire, constatation d'un peu de pleurite droite.

Le 4 juin, cinquième injection à 0 gr. 04, deux selles pâteuses.

Le 5 juin, sixième injection à la même dose, deux selles pâteuses également, urines plus abondantes et plus claires, ne contenant ni albumine, ni sucre.

Le 6 juin, septième injection à la même dose ; deux selles pâteuses encore, d'une coloration jaune foncé.

Le 7 juin, plus d'injection d'émétine ; une seule selle dans les vingt-quatre heures, selle moulée, abondante et ayant très bon aspect.

Pendant toute la durée des injections d'émétine, le malade a eu le régime détaillé (purées, pâtes, lait).

Le 8 juin, l'amélioration est plus marquée ; l'ictère et les phénomènes douloureux ont disparu ; le foie est moins volumineux, mais présente encore de légers frottements pleuraux. Le malade est autorisé à se lever.

Du 8 au 14 juin, rien de particulier ; à cette dernière date P... peut être considéré comme guéri. Le grand régime lui est prescrit.

Il est maintenu en observation jusqu'au 27 juin ; à cette date l'état général est excellent et localement, on ne trouve plus rien du côté des poumons et du foie. Ce dernier organe est revenu à ses limites tout à fait normales.

Mais l'examen des selles pratiquées par l'un de nous, montre encore des amibes nombreuses, nettement caractérisées, mobiles. Ce militaire est néanmoins mis exeat sur sa demande, le 28 juin, avec un congé de convalescence de trois mois.

Obs. XX. — Conteaud. — *Bull. et Mémoires Soc. de Chirurgie*, séance du 11 juin 1913 (recueillie par M. Bonnefoy).

E... (Louis), 24 ans, soldat d'infanterie coloniale. Deux séjours au Maroc en 1911 et 1912. Rapatrié pour dysenterie. Depuis lors, poussées irrégulières de diarrhée. Le 27 avril 1913, douleurs vives à la région épigastrique. Envoyé à l'hôpital le 3 mai pour congestion du foie. Évacué le 15 sur le service des blessés :

voussure et douleur persistante au lobe gauche du foie; pas de fièvre, selles moulées ne contenant pas d'amibes.

16 mai. — A l'épigastre, tuméfaction dure et mate, un peu à droite de la ligne médiane. A la percussion, pas d'augmentation du volume du foie, sauf au niveau du lobe gauche, siège de la voussure.

La douleur et la tuméfaction augmentent les jours suivants. Apyrexie (36°2 à 36°6).

20 mai. — Le malade a perdu 3 kilogrammes en quinze jours, malgré une alimentation normale. Le soir à 8 heures, 37°5,

22 mai. — La formule leucocytaire est :

Polynucléaires.	72 %
Mononucléaires	19 —
Éosinophiles	9 —

23 mai. — Une ponction aspiratrice au centre de la voussure ramène 150 centimètres cubes de pus consistant, couleur chocolat.

Examen microscopique. — Pas de microbes, nombreuses amibes mortes.

Ensemencement en divers milieux. — Pas de cultures microbiennes.

On commence les injections sous-cutanées d'émétine, 4 centigrammes, en deux fois.

27 mai. — La douleur et la voussure épigastrique n'ont pas reparu. Le malade a gagné 1 kilogramme en sept jours. Il marche bien et se promène.

28 mai. — Formule leucocytaire :

Polynucléaires.	61 %
Mononucléaires	28 —
Éosinophiles	11 —

30 mai. — L'émétine, portée à 6 centigrammes depuis deux jours, est bien tolérée.

Par une nouvelle ponction aspiratrice, on extrait 20 centimètres cubes d'un liquide épais, rouge brun, d'aspect hématique.

Examen microscopique. — Liquide très hématique, contenant des cadavres d'amibes plus ou moins déformés. Pas d'amibes vivantes, pas de formes microbiennes.

Devant la persistance de l'éosinophilie, examen microscopique des selles ; elles ne contiennent pas d'œufs de parasites.

31 mai. — État général excellent. Depuis la première intervention, la température n'a pas dépassé 36°6.

1er juin. — On supprime l'émétine.

4 juin. — Formule leucocytaire : polynucléaires, 62 °/₀ ; mononucléaires, 29 °/₀ ; éosinophiles, 9 °/₀.

6 juin. — M. Bonnefoy fait une troisième ponction négative au point de vue pus et amibes. État général parfait. Guérison.

Comme on le voit, il s'agit d'une de ces guérisons rapides, dont les exemples s'accumulent, et qui font bien augurer de l'avenir de l'hépatite suppurée. Mais il s'agissait d'un petit abcès.

Le cas suivant était plus compliqué. Il s'agissait d'un colonial atteint d'amibiase intestinale et hépatique depuis neuf mois. Son abcès récidivait pour la troisième fois ; le poids était tombé de 66 à 46 kilogrammes, la cachexie était grande.

Désireux de faire bénéficier le malade du traitement de Rogers, qui commençait à peine à être connu, j'eus des difficultés. Je fis chercher en vain de l'émétine dans toutes les pharmacies de Cherbourg. A Paris même, il fut impossible d'en trouver ; il eût fallu écrire à Londres ! Comme le temps pressait et que l'état du blessé s'aggravait, j'eus l'idée d'opérer l'abcès et de le panser

avec une infusion d'ipéca à la brésilienne, ce qui amena la guérison, moins vite peut-être que par l'émétine, mais plus vite que par le simple traitement chirurgical.

Obs. XXII. — Couteaud. *Bull. et Mem. Soc. Chirurgie*, Séance du 11 juin 1913 (recueillie par M. Vallot). — *Amibiase de neuf mois. Double abcès du foie, deux récidives. Guérison après opération et lavages à l'infusion de racine d'ipéca.*

Le caporal-fourrier C... (Louis) est entré à l'hôpital de Cherbourg, le 18 février 1913, avec la mention « Dyspepsie et anémie palustre ; a été opéré d'abcès du foie en juillet 1912 ».

Ce militaire, qui termine un congé de convalescence de trois mois, a été rapatrié du Tonkin le 2 octobre 1912, pour cause d'hépatite suppurée. Il a été opéré deux fois à l'hôpital d'Hanoï : une première fois le 24 juillet 1912, une seconde fois le 14 août 1912. L'hépatite suppurée serait consécutive à une dysenterie qui n'aurait débuté que peu de temps avant le premier abcès. Poids à l'entrée : 47 kil. 200 amaigrissement considérable, malaise constant, grande faiblesse, pâleur des téguments et des muqueuses, langue dépouillée, le foie volumineux déborde les fausses côtes ; douleur à l'épaule droite ; toux fréquente, dyspnée et expectoration de crachats muco-purulents ; l'auscultation révèle, à la périphérie du foie, des râles fins. Les selles sont blanchâtres. La température est d'environ 38° le matin, et de 38°5 à 39° dans la journée et la nuit. Oligurie marquée

Le 20 février, l'analyse des urines donne :

Urée	31 gr. par litre.
Chlorures	6,43
Albumine	Traces.

Indican	Néant.
Pigments biliaires. . . .	Néant.
Urobiline	Présence.

Ce même jour, 20 février, la formule leucocytaire est :

Polynucléaires	84 %
Mononucléaires.	16

Pas d'hématozoaires.

Malgré sa répugnance à subir une troisième opération, C... se laisse finalement convaincre de cette nécessité, d'autant plus que la toux l'empêche de dormir.

Le 22 février, dans la matinée, après anesthésie à la cocaïne, une première ponction est faite sous le mamelon droit ; il vient un peu de pus rougeâtre ; une deuxième ponction faite dans l'espace sous-jacent (6e espace) ramène une plus grande quantité de pus jaunâtre, légèrement grumeleux.

Opération. — Chloroformisation. Opérateur : M. le Dr Bonnefoy, aidé de M. le Dr Vallot. Incision sur la septième côte, qui est réséquée sur une longueur de 0 m. 07. Traversée au bistouri du sinus pleuro-diaphragmatique exclu, et adhérent au diaphragme, qui est incisé ; on sent la convexité du foie sans adhérences avec la face inférieure du diaphragme. Incision du foie au bistouri le long du trocart et divulsion en ouvrant les mors d'une pince introduite à travers l'incision. Issue de 1.200 grammes de pus contenant de nombreux grumeaux; il est jaune, crémeux au début, puis devient chocolat.

Suture au catgut, du foie à la partie interne de l'incision du diaphragme. Écouvillonnage de la poche, drainage avec deux gros drains. On injecte par les drains 250 grammes d'une infusion d'ipéca (8 grammes de racine pour 253 grammes d'eau).

Examen du pus fait par M. le Dr Maille.

Présence dans le pus de l'abcès, de débris d'amibes et d'amibes mortes très rares.

Dans le pus de la paroi on constate la présence d'*entomæba histolytica*, variété plutôt petite, cinq ou six fois plus grosse qu'un globule rouge ; l'ectoplasme est animé de mouvements.

Après l'opération, la température tombe, à 20 h., à 36°8 ; à 23 h., à 37°8, pour rester au-dessous de 37°, le 23 et le 24 février.

Lavages ipéca. — Après lavage de la poche au sérum, une injection d'infusion d'ipéca est faite dans la poche :

Le 23, à 8 p. 250.
Le 24, à 6 p. 250.
Le 25, à 6 p. 250.

Les effets de l'ipéca se traduisent par un état nauséeux, quelques vomissements et de la diarrhée. Son contact avec le foie est sans douleur.

25 février. — Le malade qui, dans les vingt-quatre heures, a eu de nombreuses selles, a présenté un mouvement fébrile qui va de 37°4 à 16 h., à 38°1 à 20 heures. Il tousse fréquemment ; expectoration muco-purulente. Il a des coliques localisées au côlon.

26 février. — On réduit le titre de la solution d'ipéca à 1/250. Un second abcès s'est vidé dans le premier.

L'examen de sang, fait le 27 février, montre encore :

Polynucléaires	85 %
Mononucléaires	15

Présence d'amibes mortes dans le pus.

28 février. — On réduit la solution à 2 grammes pour 250.

Le 1er mars le malade a, dans la soirée, un mouvement fébrile de 37°5 à 37°9. Il demande à être remis dans la salle commune des sous-officiers. Il commence à s'alimenter, avec des œufs, des purées, du lait comme boisson.

La langue a repris son épithélium.

La suppuration donne encore un écoulement abondant de pus chocolat, provenant sans doute du deuxième abcès.

Le 4 mars, l'injection d'infusion d'ipéca est reprise au titre de 4 pour 250. C... se trouve bien et ne tousse plus.

La fièvre tombe définitivement le 5 mars.

Les injections d'infusion d'ipéca sont continuées à 4/250, jusqu'au 8 mars, jour où elles furent supprimées.

Le 7 mars, la numération des globules donne :

Hématies	3.906.000
Leucocytes	18.000

Formule leucocytaire :

Polynucléaires.	74 %
Mononucléaires	22
Éosinophiles	4

Un peu plus tard, on trouve dans les selles des œufs d'ascarides lombricoïdes.

A ce moment, C... n'a plus qu'une selle par jour, la suppuration a beaucoup diminué, et le dernier gros drain a été enlevé, pour laisser la place à deux petits drains accolés.

Le 12 mars, le malade se lève pour la première fois : ce qui lui donne un mouvement fébrile pendant deux heures (37°6 et 37°8 à 18 h. et 20 h.). Les jours suivants, il se sent plus fort, restant debout progressivement, une heure d'abord et puis davantage, sans réaction fébrile.

Plus d'amibes dans les selles, ou le sang, ou le pus, malgré différents examens depuis le 27 février.

15 mars. — Numération des globules :

Hématies	3.968.000
Leucocytes	13.000

Formule leucocytaire :

Polynucléaires.	66 %
Mononucléaires	33
Éosinophiles	1

A la date du 15 mars, C... ne tousse plus, va régulièrement à la selle, selle pâteuse ; il est au régime du quart léger.

Dès ce moment, il va rester debout, aller et venir toute la journée ; le petit drain qui reste ne donnera qu'un peu de suppuration jusqu'au 8 avril, puis un petit suintement de bile. Le 31 mars, son poids est de 58 kilogrammes.

Le 16 avril, le malade étant au régime commun, pèse 60 kilogrammes.

Le 7 mai, à la sortie, le poids est de 64 kilogrammes, C... a donc regagné 17 kilogrammes, son poids normal étant de 66 kilogrammes.

Il part en congé de convalescence de trois mois.

C. — *Traitement des abcès dysentériques du foie par la méthode de Rogers sans acte chirurgical*

Les résultats obtenus avec l'intervention chirurgicale ou la simple ponction associées à l'émétine ont vérifié les justes prévisions de notre maître M. Morestin qui indiquait la possibilité pour l'émétine de *compléter*,

de rendre plus efficace, de restreindre l'acte chirurgical. Voyons si sa dernière hypothèse peut être vérifiée « la thérapeutique par l'émétine peut-elle se substituer à l'acte chirurgical ? »

L'observation suivante semble répondre à cette hypothèse par l'affirmative :

Obs. XXIII (Inédite). — *Due à l'obligeance de M. le Professeur Widal.* Il s'agit d'un malade qui entre dans le service pour des douleurs violentes au niveau du rebord costal droit.

Son histoire est simple : c'est un homme âgé de 25 ans parfaitement bien portant jusque il y a trois ans. A cette époque il part au Tonkin et reste en garnison à Hanoï pendant deux ans sans présenter d'autres troubles que des troubles digestifs, vomissements répétés entraînant une dénutrition considérable. Constipation entrecoupée de périodes diarrhéiques sans caractères spéciaux.

Mais parmi ces symptômes un seul donne la note hépatique : c'est l'anorexie élective déjà très marquée pour la viande et les graisses.

Le malade se rétablit d'ailleurs rapidement et ne présente plus de troubles digestifs si ce n'est quelques crises diarrhéiques fugaces avec selles glaireuses.

Ce n'est qu'il y a dix mois que le malade est pris de crises douloureuses abdominales accompagnées d'une diarrhée profuse et glaireuse. Au bout de quelques jours ces troubles prennent l'aspect caractéristique des selles dysentériformes. Le malade allait à la selle 6 ou 8 fois par vingt-quatre heures. Ses besoins étaient impérieux et fréquents, s'accompagnaient de coliques abdominales et d'épreintes rectales très pénibles, mais ne don-

naient issue qu'à quelques glaires au milieu desquelles le malade n'a jamais relevé la moindre tache de sang.

En même temps et dès cette époque le malade présentait quelques signes traduisant une atteinte hépatique légère : jamais d'ictère, mais une anorexie élective très marquée. A surtout des douleurs fugaces apparaissant par intervalles au niveau du rebord costal droit, se prolongeant vers l'épigastre mais ne présentant pas l'irradiation caractéristique vers l'épaule droite.

Ses crises dysentériformes ont persisté pendant... mois de suite, entraînant un amaigrissement très marqué ; et en l'absence de toute... médicale, en présence de ces symptômes survenus dans un pays où sévissait une épidémie de dysenterie amibienne il semble bien qu'on soit en droit d'affirmer ce diagnostic.

Une fois rétabli le malade reste encore un mois au Tonkin puis rentre en France. Il semblait entièrement guéri lorsque quatre à cinq jours après son débarquement il y a dix jours le malade est pris brusquement de grands frissons violents et répétés suivis d'une sensation de malaise général intense, de sueurs profuses et d'une courbature telle, que le malade quitte son travail et se met au lit. Il prend sa température et trouve 40°. Pendant plus de deux jours, il reste au lit avec une céphalée intense, des vertiges, une température élevée, des sueurs, mais sans aucun signe de localisation expliquant ce malaise.

Ce n'est que mardi dernier que brusquement s'installe une douleur très vive au niveau du rebord costal droit et c'est cette douleur qui n'a cessé depuis de dominer le tableau clinique. C'est une douleur sourde, continue, sans élancements, exagérée par les mouvements du malade et par le décubitus latéral droit, nettement localisée, mais irradiant vers l'épigastre et le rebord

costal droit... vers l'épaule droite. De plus quintes de toux fréquentes et répétées. Aucun trouble digestif ne vient confirmer l'atteinte hépatique. Il n'y a ni hémorragie, ni subictère, et le malade a faim.

Lorsqu'on examine le malade, une chose frappe dès l'inspection, c'est une voussure soulevant le rebord costal droit.

A la percussion le foie remonte dans le sixième espace intercostal droit sur la ligne mamelonnaire. Mais le bord inférieur qu'on arrive à sentir malgré la défense musculaire, déborde de cinq ou six travers de doigt, et de plus se montre très douloureux.

Du côté gauche la rate est perceptible sur plus d'un travers de doigt.

L'auscultation enfin a montré quelques frottements de périhépatite mais pas de frottements pleuraux.

A la radioscopie on voit un gros foie... mais pas de voussure localisée.

L'examen des urines n'a pas montré d'albumine, enfin l'examen hématologique a montré :

2 % d'éosinophiles;
80 % de polynucléaires.

Si d'autre part on recherche dans les antécédents du malade les causes qui auraient pu toucher son foie on ne trouve presque rien.

Jamais de syphilis, jamais aucun accès fébrile rappelant le *paludisme*; jamais d'appendicite ni de signe rappelant la lithiase.

En résumé, il s'agit d'un malade qui, il y a dix mois a présenté une allure nettement dysentériforme dans laquelle quelques vagues symptômes auraient révélé une atteinte hépatique légère.

Quelques jours après son retour en France, une grande crise fébrile éclate, bientôt suivie d'une douleur hépatique intense et continue.

A l'examen clinique et radiologique, c'est un gros foie douloureux sans voussure localisée.

Les antécédents permettent d'écarter la plupart des causes qui peuvent toucher le foie.

Une cause reste à mettre en valeur : c'est la dysenterie.

Un seul point reste à discuter : s'agit-il d'un abcès collecté ou bien d'un simple accès de congestion hépatique prémonitoire peut-être d'un abcès vrai?

Il n'y a pas de voussure ni de point douloureux nettement localisé, la température est aujourd'hui complètement tombée.

Du 23 mai au 1er juin. — On lui fait 0 gr. 04 de chlorhydrate d'émétine par jour.

Le malade voit diminuer sensiblement ses douleurs hépatiques. Les irradiations à l'épaule ont cessé.

A l'hôpital il n'a jamais eu de fièvre.

1er juin. — Un point très douloureux à droite de l'ombilic et irradiant en haut vers le foie.

Du 1er au 8 juin. — 0 gr. 04 d'émétine par jour.

Le 8 juin. — Selles moulées au nombre de deux.

Pas de fièvre.

Bon appétit.

Voussure thoracique persiste.

Léger endolorissement de l'hypochondre droit.

A l'heure actuelle. — Le malade ne présente plus aucun phénomène douloureux, l'état général est considérablement amélioré et il semble entrer en convalescence.

Conclusions. — Malgré les doutes qui peuvent subsister encore dans cette observation au sujet de l'étiologie de l'hépatite et de sa forme clinique on peut se rallier à l'opinion autorisée de M. le Professeur Widal pour considérer le malade comme guéri par l'*émétine exclusivement* d'un abcès dysentérique du foie.

Mais pour un fait en faveur de la non évacuation *trois observations de M. Dopter prouvent la nécessité d'une évacuation provoquée ou spontanée.* En effet, si l'évacuation artificielle tarde un peu, la nature se charge elle-même de la provoquer, et nous avons vu d'après toutes les observations qui précèdent que la vomique remplissait parfaitement ce rôle.

Obs. XXIV. — Chez le premier d'entre eux, le foie était volumineux et dépassait les fausses côtes de quatre travers de doigt ; la palpation révélait, en outre, vers la région de la vésicule biliaire, une tuméfaction répondant à l'abcès. Sous l'influence de quelques injections quotidiennes de 0 gr. 04 à 0 gr. 08 de chlorhydrate d'émétine, le volume du foie s'amoindrissait, les vives douleurs éprouvées par ce sujet diminuaient d'intensité ; seule persistait une douleur profonde réveillée par la palpation un peu forte au niveau de la région abcédée. En même temps l'appétit renaissait, l'état général s'améliorait, les forces et l'embonpoint se relevaient. L'amélioration était donc considérable, mais malgré la continuation du traitement à l'émétine, la guérison complète n'était pas obtenue ; le foie débordait toujours les fausses côtes et la douleur profonde persistait. A travers une boutonnière dans la paroi, on pratique alors une ponction évacuatrice qui retire 300 grammes d'un pus grisâtre ayant

perdu la teinte chocolat du pus hépatique et ayant pris l'apparence d'un pus de suppuration banale ; on place un drain. Deux jours après l'écoulement purulent était tari; toute douleur avait disparu, et le malade était complètement guéri.

Obs. XXV.— Chez le deuxième malade, le diagnostic d'abcès du foie, cependant très net au point de vue clinique ne put être confirmé par les ponctions qui restèrent blanches. En désespoir de cause, le traitement par l'émétine est institué. Les douleurs hépatiques ne tardent pas à disparaître la fièvre, cède progressivement en cinq jours. Au dixième jour le malade se levait, son état général était excellent ; il ne se plaignait plus que d'une douleur profonde au niveau du rebord inférieur du foie, quand un soir il est pris assez brusquement d'une vomique qui évacue un pus épais, grisâtre, nullement comparable au pus hémorragique que l'on constate dans les vomiques habituelles. Le pus évacué, le malade s'endort pendant quatre heures, puis se réveille, ne ressentant plus la moindre douleur, n'éprouvant qu'une légère fatigue qui ne l'empêche d'ailleurs nullement de sortir toute la journée. La guérison était complète. Je souligne d'une façon spéciale l'allure vraiment insolite de cette vomique qui s'est effectuée si simplement et dont la sécrétion s'est tarie immédiatement.

Obs. XXVI. — Il s'agissait d'un sujet porteur d'un abcès du foie, et chez lequel, outre les symptômes douloureux et autres, la radioscopie montrait une voussure assez considérable du dôme hépatique. Une cure d'émétine amène en quelques jours la rétrocession de tous les symptômes ; tout élément douloureux avait même totalement disparu ; l'état général était redevenu

parfait, la courbe du poids était progressivement ascendante. Mais la radioscopie montrait toujours la même voussure du lobe droit du foie. Des ponctions multiples furent effectuées sans qu'on puisse ramener la moindre goutte de pus. Sur sa demande, le malade sort de l'hôpital, mais la guérison n'est certes pas obtenue : son abcès *est mort sans doute, mais toujours présent* et la guérison ne pourra être acquise que grâce à l'évacuation du pus par des ponctions plus heureuses, ou une vomique.

A côté des preuves vraiment étonnantes de la valeur de la thérapeutique par l'émétine fournies par toutes les observations où cette thérapeutique bien comprise a amené une guérison ; il nous paraît nécessaire de publier trois observations où le *traitement par l'émétine insuffisant, tardif, n'a donné aucun résultat et a eu comme conséquence immédiate, la mort du malade.*

Obs. XXVII. — (Dr Maurras et Dr Hervier). *Annales d'hygiène et de médecine coloniales* (oct., nov., déc. 1913). Hépatite suppurée. Non traitée par l'émétine au début.

Entré à l'hôpital le 11 juin pour fièvre continue. La recherche des hématozoaires est négative.

La formule leucocytaire donne (sur 500) :

Polynucléaires	85 %
Grands mononucléaires	10 »
Lymphocytes.	4,4
Eosinophiles	0,6

Le malade présente des symptômes cliniques de congestion pulmonaire et d'hépatite.

Le 15 juin. — On ponctionne le foie et à la cinquième ponction on trouve le pus.

Incision dans le sixième espace intercostal, après anesthésie locale à la stovaïne. Pas de résection costale. Trois points de suture pleuraux. Ouverture et lavage de l'abcès, du volume d'une grosse orange. Curettage. Drainage à deux drains. Pronostic réservé.

Le 16 et le 17 juin. — On fait des injections d'émétine aux doses de 0 gr. 06 et 0 gr. 10. L'état du malade continue à empirer et il succombe le 18 juin à 7 h. 50 du soir.

Autopsie. — Cinq autres abcès du lobe droit.

Obs. XXVIII. — (Dr Maurras et Hervier). *Annales d'hygiène et de médecine coloniales* (oct., nov., déc. 1913). — Hépatite suppurée. Non traitée par l'émétine au début.

Entré le 3 mai pour congestion du foie. Le 9 mai, analyse du sang. Pas d'hématozoaire.

Formule leucocytaire (sur 500) :

Polynucléaires	80 %
Grands mononucléaires	2
Lymphocytes	15
Eosinophiles	2

Ponctionné le 12 mai au matin. A la huitième ponction, le pus est trouvé très profondément situé entre les deux lignes axillaires et en haut. L'aiguille n° 2 de l'aspirateur était complètement enfoncée. Incision sur le neuvième côte. Résection de 6 centimètres de côté. Suture pleurale en couronne. Hémorragie de moyenne intensité, étant donnée l'épaisseur assez considérable de tissu hépatique à traverser. Abcès mal délimité, anfrac-

tueux, à petits alvéoles. Issue de petites quantités depus venant en plusieurs fois à l'ouverture de chaque alvéole. Opéré à l'anesthésie locale. Un seul drain. Huile camphrée et sérum caféïne mmédiatement après l'opération. Pronostic réservé.

13 mai. — Injection de chlorhydrate d'émétine de 0 gr. 10. Un peu de réaction fébrile. Respiration rapide. Le malade accuse une sensation de mieux. Langue sèche. Le drain n'a donné que du sang, mais pas de pus.

On continue les injections de chlorhydrate d'émétine aux mêmes doses le 14 mai et le 15 mai. Mais l'état du malade devient de plus en plus mauvais et il succombe à 9 h. 20 du matin, le 16 mai.

Autopsie. — Trois autres abcès du lobe droit, dont un ouvert dans la cavité péritonale. Péritonite purulente.

Obs. XXIX. — Dr Maurras et Dr Hervier. Hépatite suppurée. Non traitée par l'émétine au début.

Entré à l'hôpital le 1er avril, présentant des symptômes pulmonaires et hépatiques. Fièvre vespérale. Le 4 avril, on note une tuméfaction suspecte du tiers supérieur du côté droit de l'abdomen. Analyse du sang. Pas d'hématozoaires.

Formule leucocytaire (sur 500) :

Polynucléaires.	72,2 %
Grands mononucléaires.	10
Symphocytes	12
Eosinophiles	0,8

Le jour même on fait une laparotomie paramédiane sur le grand droit. Anesthésie locale à la stovaïne. Ouverture d'un abcès du lobe droit de la grosseur d'une tête de fœtus, 600 grammes

de pus environ, pus granuleux. Deux drains. État général médiocre.

L'état du malade empire dans les journées du 5 et 6 avril.

Le 7 avril, on fait une injection de chlorhydrate d'émétine, mais le décès survient le même jour à 11 h. 20 du soir.

Autopsie. — Pas d'autre abcès que l'abcès opéré. Tuberculose pulmonaire peu avancée et péritonite tuberculeuse miliaire.

Critique du traitement

Des observations que nous venons de citer il résulte un certain nombre de considérations :

D'abord on a pu se rendre compte que quelle que soit la gravité du cas, l'émétine agit toujours dans le même sens, c'est-à-dire en améliorant les lésions. Même dans les cas qu'autrefois on aurait jugé perdus ce médicament enraye l'évolution de la maladie. Il est bien certain, en effet, qu'il y a seulement quelques années le malade qui fait l'objet de l'observation XVIII aurait vu des abcès multiples aboutir aux pires conséquences. Or, ici, il saute aux yeux que le traitement général par l'émétine a coupé court à cette marche fatale.

Dans les cas où le traitement chirurgical exclusif avait paru manifestement insuffisant comme dans l'observation XVII où le bistouri n'a pas pu s'opposer à l'établissement d'un état hémoptoïque chronique ; et dans l'observation XIV où aucun moyen ne pouvait empêcher les abcès de se reproduire, l'émétine a mis fin d'une part à la suppuration, d'autre part à la répétition des abcès.

Remarquons encore que chez les sujets affaiblis pour de nombreuses raisons, l'émétine permet de les remonter rapidement, puisqu'en faisant cesser promptement les troubles généraux et locaux ce médicament fait disparaître les contre-indications de l'alimentation et que sous son influence l'appétit semble renaître chez les malades.

En présence de ces faits, devons-nous parler de *therapia stérilisans magna ?*

Des observations ont été signalées dans ces derniers temps qui tendent à prouver que si l'émétine est un médicament « héroïque », comme la dit le Professeur Chauffard, il n'a cependant pas encore cette haute valeur thérapeutique. M. le Professeur Chauffard, lui-même, a signalé de nombreux cas de rechutes de dysenterie après traitement par l'émétine. M. Dopter assure en avoir observé dans l'hépatite et cite l'observation suivante :

Obs. XXX. — Un soldat colonial traité en mars 1913 pour un abcès du foie, et dont la guérison fut obtenue très rapidement par l'empyème et les injections d'émétine. La radiographie pratiquée à cette époque avait montré que le foie avait recouvré son volume normal. En décembre suivant il revenait dans mon service atteint d'un nouvel abcès hépatique qu'il évacuait par vomique. (L'examen radiographique révéla alors une voussure considérable du dôme hépatique). En présence de cette rechute, il était permis de supposer que le malade évacuait un abcès qui avait été gémellé au premier lors de l'atteinte initiale et qui était passé inaperçu. Mais les caractères du pus expulsé n'étaient

pas ceux d'un abcès « mort » comme on les observe après traitement par l'émétine, même quand la cavité abcédée n'a pas été ouverte ; le pus avait bien l'aspect chocolat et même hémorragique d'un abcès en évolution produit par des amibes en état de vie active. Ce deuxième abcès s'était-il développé sur place, et les amibes hépatiques n'ayant pas été tuées par la première cure d'émétine, ou bien avait-il pris naissance à la suite d'une émigration nouvelle d'amibes parties de l'intestin, issues de kystes restés logés dans la paroi. Il est impossible de donner une opinion ferme sur ce point. Remarquons toutefois que l'examen des selles ne révéla l'existence d'aucun kyste. »

Rapprochons cette rechute du fait que l'émétine ne met pas toujours les dysentériques paraissant guéris, à l'abri d'un abcès du foie, ainsi que le prouve l'observation suivante de M. Dopter.

Obs. XXXI. — Dopter. *Mémoire à la Société de Path. Exotique.*

« Un soldat colonial traité en juin 1913 pour une dysentérie amibienne, que le chlorhydrate d'émétine (0 gr. 04 pendant six jours consécutifs) semblait avoir guéri complètement. Deux mois après, sans avoir présenté de nouvelle crise dysentérique intercalaire, il revenait dans mon service pour un abcès hépatique qui, quelques jours plus tard, s'ouvrait dans les bronches. L'examen des selles, négatif au point de vue de la présence des amibes et des kystes amibiens après son premier séjour, montrait à cette époque l'existence d'amibes enkystées. Il est difficile d'affirmer de quand datait le début de l'abcès. Existait-il

déjà lors de la dernière crise dysentérique, ou s'est-il développé ultérieurement ? Il est impossible de le déterminer. »

Ces cas de rechutes toutefois sont d'une infime minorité et cèdent très facilement à une nouvelle cure par l'émétine. Ce ne serait point d'ailleurs une considération suffisante pour refuser à l'émétine sa valeur spécifique dans l'amibiase. Qui donc songerait aujourd'hui à nier au mercure ou à l'arsénobenzol leur caractère de spécificité dans la syphilis ? Et cependant ils sont nombreux les cas de syphilis récidivant après traitement par ces deux médicaments. Et doutera-t-on des vertus de la quinine dans le paludisme sous prétexte que l'on rechute dans cette maladie et que malgré ce médicament on meurt encore d'accès pernicieux ?

En résumé, l'étude de toutes les observations publiées plus haut concernant les abcès dysentériques (obs. IX à XXXI) montre que quand l'évacuation de l'abcès est assurée soit par l'acte chirurgical, la ponction ou la vomique, l'adjonction de l'émétine amène presque toujours (s'il ne faut considérer que nos observations, nous pouvons dire toujours) la guérison.

Le traitement de ces abcès uniquement par l'émétine n'a pas encore donné des preuves indiscutables de son efficacité. Nous avons vu au contraire que l'évacuation semblait nécessaire (obs. XXIV, XXV, XXVI) les malades traités par l'émétine exclusivement n'ayant été définitivement guéris qu'après opération, ponction ou vomique. Ceci sans doute à cause de l'association microbienne sur laquelle Morestin a insisté dans son rapport à la société

de chirurgie. Le traitement régulier de l'abcès du foie reste donc comme le disait M. Morestin le traitement chirurgical.

D'autre part les cas de mort, quand le traitement par l'émétine a été insuffisant, de même que les rechutes après le traitement par la méthode de Rogers, doivent nous amener à la discussion de la posologie convenable du chlorhydrate d'émétine dans les abcès amibiens du foie.

Nous ne saurions mieux faire que reproduire les paroles mêmes de M. le Professeur Chauffard dans sa communication à la société médicale des hôpitaux.

M. le Professeur Chauffard disait : « Nous n'obtiendrons de belles guérisons qu'à condition de recourir à *des doses suffisantes ;* 4 centigrammes par jour est certainement une dose *trop faible*, et *8 à 10 ou même 12 centigrammes me paraissent la dose à prescrire.* »

D'autre part M. le Dr Brau affirme dans les *Annales d'hygiène et de médecine coloniales* qu'après avoir soigné de nombreux cas d'amibiase tant intestinale qu'hépatique il s'est convaincu que les doses *massives de 0 gr. 15 en deux piqûres dans un jour*, fournissaient les meilleurs résultats « parce que, dit-il, il *convient d'agir énergiquement et vite.* »

Ajoutons que cette façon de procéder n'entraîne aucun inconvénient, l'émétine étant fort bien tolérée à ces doses : « Je me crois d'autant plus autorisé à conseiller ces doses, relativement fortes, dit le Professeur Chauffard, que *dans aucun des cas* déjà nombreux de dysenterie amibienne intestinale ou hépatique que j'ai eus à

traiter, je n'ai observé *le moindre trouble physiologique*, ni hypotensif, ni nauséeux ou diarrhéique. »

Il y aurait lieu de se demander, en considérant l'observation XXII si après évacuation du pus, il n'y a pas avantage à procéder à de grands lavages de la plaie avec une solution d'émétine. Cette technique se justifie pleinement car si on s'est bien trouvé autrefois de lavages avec l'eau phéniquée, la quinine en solution, etc., combien meilleurs ne doivent pas être les résultats de cette pratique lorsque l'on emploie un médicament qui comme nous l'avons démontré possède des propriétés amibotropiques spécifiques.

Toute cette thérapeutique paraîtrait définitivement justifiée si ce n'étaient les cas de rechute.

Ceux-ci, de l'avis de tous semblent dus aux doses insuffisantes. Il ne serait pas illogique de supposer que les petites doses d'émétine insuffisantes à détruire les amibes, peuvent être néanmoins assez actives pour créer dans l'organisme un milieu défavorable à ces amibes. Cette transformation du milieu aurait pour conséquence l'enkystement des protozoaires qui utiliseraient de la sorte leur unique moyen de résistance efficace.

M. Chauffard s'est attaché à modifier la posologie de l'émétine dans le but d'éviter ces rechutes.

« Ces faits, dit-il, ne sont pas suffisants pour faire refuser à l'émétine le caractère de spécificité dont elle est douée ; ils nous engagent seulement à utiliser ce médicament d'une *façon rationnelle*, et à instituer pour le nouveau venu la *méthode des traitements successifs* que M. Laveran a préconisée pour le paludisme. »

(M. Dopter parlant de l'opinion du professeur Chauffard s'exprime comme suit :

« En thèse générale, je me rallierai à la proposition de M. Chauffard, en la modifiant légèrement :

Après la première cure d'émétine, en faire une seconde quinze jours après, en abaissant ce délai à dix ou même huit jours suivant les cas ; faire une troisième cure trois semaines après la seconde, au besoin une quatrième au bout du même temps après cette dernière.

Dans les cas très anciens, il sera bon de faire chaque mois pendant cinq à six jours une série d'injections, l'ensemble du traitement pouvant alors durer de quatre à six mois.

Comme M. Chauffard, je crois que les traitements successifs doivent finir par avoir raison de ces rechutes si fréquentes de dysenterie ; ils arriveront à guérir complètement cette affection si rebelle. En tout cas, avant de connaître le résultat de ces cures successivement appliquées et même dans l'état actuel des choses, on *peut déclarer hautement quoiqu'on en ait dit, la supériorité incontestable du chlorhydrate d'émétine sur toutes les méthodes anciennes dans le traitement de l'amibiase intestinale et surtout hépatique.* »

En effet, si nous considérons les difficultés avec lesquelles le chirurgien était aux prises avant l'introduction de l'émétine dans le traitement des abcès du foie nous voyons qu'au problème clinique et diagnostique s'ajoutaient *de véritables problèmes* thérapeutiques : moment de l'opération, méthode opératoire et surtout problème pronostic devant des complications si redou-

tables si fréquentes et si impossibles à prévoir et dont la moindre était la fistule. On comprend encore mieux maintenant la phrase de Leroy des Barres, signalée plus haut : « d'une manière générale on peut affirmer qu'au point de vue opératoire les suppurations hépatiques sont et resteront probablement longtemps des affections graves, un chirurgien même très expérimenté, opérant dans les meilleures conditions possibles ne peut jamais poser un pronostic opératoire, au moment où il prend le bistouri ».

Au contraire, aujourd'hui, grâce à l'émétine, si les problèmes cliniques et diagnostiques sont restés les mêmes, combien sont modifiés les problèmes thérapeutiques et pronostics. Les injections de chlorhydrate d'émétine, en effet, comme nous l'avons vu, permettent au chirurgien lorsqu'il ne peut faire autrement d'attendre l'évacuation spontanée de la collection purulente, sans menace de fistule persistante. Et si elles ne se substituent pas à l'acte chirurgical « elles l'aident puissamment, la complètent et la rendent plus efficace » dans tous les cas.

Mais parmi les actes chirurgicaux, quels sont ceux qu'il faut adopter pour assurer l'évacuation nécessaire de l'abcès amibien ?

La Ponction. — Tous les arguments élevés jadis contre ce mode opératoire persistent : opération aveugle, évacuation quelquefois insuffisante de la poche malgré l'aspiration, multiplicité des abcès pouvant passer inaperçus. Mais il n'en reste pas moins vrai que la facilité et la rapidité de ce traitement permettent de le conseiller

encore dans tous les cas où une laparotomie ne saurait être bien conduite : médecin peu habitué à la grande chirurgie, matériel chirurgical insuffisant, éloignement des centres hospitaliers (médecins coloniaux), anesthésie générale impossible, état général alarmant, urgence extrême de l'évacuation.

Laparotomie. — Cette méthode est au contraire indiquée chaque fois que les conditions matérielles et que l'état général du malade le permettront, car seule elle permet d'explorer complètement le foie, par conséquent d'ouvrir l'abcès au lieu d'élection, de déceler les abcès multiples, et les fuées vers les organes voisins. Elle seule, également, permet d'évacuer complètement la poche et de la laver dans toute son étendue avec une solution de chlorhydrate d'émétime.

Comment conduire cette laparotomie ? — Nous ne saurions donner de règle absolue à ce sujet. Il est certain que l'émission ou la voie d'abord à choisir (abdominale antérieure avec ou sans résection du rebord costal, la voie abdominale postérieure, la voie transpleurale, la voie parapleurale transdiaphragmatique) résultent de la localisation et de la forme de l'abcès et varie avec chaque cas.

De toute façon on aura recours au procédé simple, rapide, permettant deux choses essentielles, l'accès facile de la poche pour l'ouvrir d'une façon suffisante, puis la possibilité de drainage de l'abcès à sa partie la plus déclive.

Si après incision on constate que les adhérences ne protègent pas la cavité péritonéale, on pourra toujours

avoir recours à la protection par des compresses, ou à la suture du foie à la paroi suivant le procédé de Horner, ou encore à la marsupicalisation de la poche. La protection du péritoine obtenue. ouvrir l'abcès. Pour cette incision de l'abcès le thermo-cautère est recommandé par la plupart des auteurs, dût-on agrandir secondairement l'orifice d'évacuation avec le doigt, l'abcès complètement évacué, lavage à la solution d'émétine (0 gr. 10 pour 500 centimètres cubes d'eau). Quant au curettage de la poche suivant la méthode de Fontan il ne semble pas nécessaire après le lavage de la poche à l'émétine. Cette dernière méthode a sur la méthode de Fontan, l'avantage de ne pas exposer le malade aux hemorragies et aux cholerragies abondantes et secondaires au curettage.

CONCLUSIONS

Comme conclusions nous dirons que :

1° *Dans l'hépatite présuppurée*, ou *congestion dysentérique du foie*, l'émétine employée dès le début de l'affection, enraye sa marche probable vers la suppuration et qu'il suffit d'en user à des doses variant entre 0 gr. 04 et 0 gr. 10.

2° *Dans l'hépatite suppurée* ou *abcès tropical du foie*, l'évacuation du pus reste le traitement régulier de cette affection, mais que l'adjonction à cette méthode, du traitement médical par l'émétine à des doses élevées (0 gr. 08 à 0 gr. 15) s'impose, parce que tarissant rapidement la suppuration et la cholerragie.

3° Que dans l'acte chirurgical, il est préférable de remplacer le curettage recommandé par Fontan, par des lavages de la poche à l'émétine, avec une solution de 0 gr. 10 d'émétine pour 500 centimètres cubes d'eau.

4° Que même après la guérison apparente, il faut pratiquer une série de cures successives suivant la méthode préconisée par M. Chauffard et détaillée par M. Dopter, c'est-à-dire : « après la première cure d'émétine, en faire une seconde quinze jours après, en abaissant ce

délai à dix ou même huit jours suivant les cas ; faire une troisième cure trois semaines après la seconde, au besoin une quatrième au bout du même temps après cette dernière.

« Dans les cas très anciens, il sera bon de faire chaque mois, pendant cinq à six jours, une série d'injections, l'ensemble du traitement pouvant alors durer de quatre à six mois. »

Vu : le Président de la thèse,
CHAUFFARD

Vu le Doyen :
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE RÉCENTE DES ABCÈS DU FOIE

1906

Letulle et Varliac. — Streptococcie et staphylococcie. Mort par abcès aréolaires du foie et péricardite séro-fibrineuse (*Presse médicale*, 21 février).

Valence. — Abcès du foie et cholerragie précoce (*Revue de Chirurgie*, 1er semestre).

Veron. — Abcès du foie d'origine appendiculaire (*Presse médicale*, 16 juin).

Boyrau. — Les grands abcès du foie nostras de la région toulousaine (*Revue de thérapeutique*).

Loison. — Abcès du foie d'origine coloniale (*Revue de Chirurgie*, 1er semestre).

Micheleau. — Sur un cas d'abcès du foie ouvert dans le poumon et dans la plèvre (*Gazette des hôpitaux*, 30 janvier).

— Les suppurations hépatiques (*Gazette des hôpitaux*, 6 octobre).

Gaide. — Mémoire sur les abcès du foie au Tonkin (*Bulletin médical de l'Indochine*, p. 117, 165, 213).

1907

Horand. — Abcès du foie incisé et drainé par laparotomie sous-costale postérieure. Guérison (*Presse médicale*, 6 février).

Rist et Ribadeau-Dumas. — Abcès du foie consécutifs aux septicémies expérimentales à microbes anaérobies (*Société de Biologie*, 27 novembre).

Flourens et Lian. — Abcès du foie et du pancréas, d'origine appendiculaire (*Société anatomique*, 27 novembre).

Gilbert et Lippmann. — Note sur la bactériologie des abcès tropicaux du foie (*Société de Biologie*, 4 décembre).

Bertrand. — Dysenterie bacillaire et abcès du foie (*Semaine médicale*, 9 janvier).

Chantemesse. — Abcès d'origine dysentérique (*Revue de Chirurgie*, 1er semestre).

Marcano. — Du diagnostic des abcès dysentériques de la convexité du foie (*Gazette des hôpitaux*, 5 décembre).

Karenski. — Abcès du foie d'origine grippale (*Bulletin médical*, 2e semestre).

Axisa. — Sur le diagnostic de l'abcès du foie (*Gazette des hôpitaux*, 30 avril).

1908

Ménétrier et Touraine. — Abcès amibien du foie; phagédénisme cutané amibien (*Gazette des hôpitaux*, 16 juin).

Routier. — Abcès du foie chez un colonial (*Presse médicale*, 4 novembre).

Le Dentu. — Sur un cas d'abcès du foie compliqué d'hépatoptose (à propos d'un travail de M. Conteaud). (*Presse médicale*, 17 juin).

Béclère. — Exploration radiographique appliquée au diagnostic et à la localisation des abcès dysentériques du foie (*Presse médicale*, 29 janvier).

Legrand. — Traitement des abcès du foie (*Société internationale de Chirurgie; Presse médicale*, 31 octobre).

Jacob. — Abcès du foie opéré par voie transpleurale (*Revue de Chirurgie*, 1er semestre).

Degorce (A.). — Indications du curettage dans les abcès du foie (*Revue médicale de l'Indochine*, t. I, 1908, p. 249).

1909

Guenot. — Gros abcès aréolaire du foie (*Société anatomique*, 12 juin).

Babonneix et Paisseau. — Hémorragie surrénale et abcès du foie dans une broncho-pneumonie (*Presse médicale*, 26 juin).

Heymann. — Abcès du foie consécutif à l'appendicite (*Presse médicale*, 14 juillet).

Clari. — Deux cas d'abcès du foie (*Semaine médicale*, 30 juin ; *Revue des publications italiennes*).

Valence. — Abcès du foie et expectoration biliaire (*Journal de Chirurgie*, juillet-décembre).

Corolleur. — Trois abcès du foie ouverts dans le péricarde (*Journal de Chirurgie*, janvier-juin).

Bonnet. — Abcès du foie dysentérique nostras (*Académie de médecine*, juillet).

Lucius W. Hotckiss. — Abcès du foie (*Société de chirurgie de New-York*, décembre).

Heymann. — Abcès du foie d'origine appendiculaire (*Société libre des chirurgiens de Berlin*, décembre).

Renault. — Observations d'abcès du foie (*Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, n° 2).

1910

Marcel Labbé. — Coma par acidose et abcès du foie (*Presse médicale*, 5 février).

Bender. — Pyélo-phlébite et abcès du foie causés par un corps étranger émigré de l'intestin (*Presse médicale*, 3 décembre).

Gaud. — Abcès miliaires du foie (*Société anatomique*, 5 février).

Lop. — Abcès du foie consécutif à une cholécystite calculeuse (*Gazette des Hôpitaux*, 3 août).

Guinard. — La méthode de Beck dans les abcès du foie (*Société de Chirurgie*, 5 mars).

Moulonguet. — Diagnostic et traitement des abcès du foie *Presse médicale*, 13 novembre).

Degorge. — Abcès du foie ayant formé une collection sous-cutanée après perforation d'un espace intercostal (*Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*).

Gruet et Bressot. — Hépatites suppurées (*Bulletin médical*, 24 décembre).

Hockheimer. — Deux cas d'abcès multiples du foie d'origine lithiasique, guéris par l'opération (*Journal de Chirurgie*, janvier).

Kinghevitch. — Abcès du foie au cours de la dysenterie (*Journal de Chirurgie*, juillet).

1911

Quénu. — Diagnostic et traitement des abcès du foie (*Bulletin médical*, 7 et 11 janvier).

Pauchet. — Diagnostic et traitement des abcès du foie (*La Clinique*, 3 mars).

C. Mathis, M. Leger et Jouveau-Dubreuil. — Diminution du taux des éosinophiles dans l'hépatite suppurée amibienne (*Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, janvier).

Peyrot. — Abcès du cerveau consécutifs aux abcès du foie Rapport sur un travail de M. Couteaud (*Académie de Médecine*, 14 mars).

1912

Ménétrier et Brodin. — *Bulletin et mémoires de la société médicale des Hôpitaux de Paris*, 19 juillet.

— *British medical journal*, 22 juin.

Leroy des Barres. — Pathologie chirurgicale exotique.

ROGERS. — *British medical journal*, août.

— *The Lancet.*

— *Thérapeutic gazette.*

CADE, THÉVENOT ET ROUGET. — Les abcès du foie dans la dysenterie amibienne autochtone. *Arch. des mal. de l'appar. digestif.*

PLONTZ. — Formes anormales des abcès du foie d'origine amibienne. *Lyon médical*, n° 43.

VELDER (E. B.). — An experimental study of the action of ipecacuanha on amœba. Far Eastern association trop. med., Second biennal congress, Hongtrong, 1912. *Analyse in Tropical Diseases Bulletin*, 1912, t. I, p. 175.

1913

DOPTER. — *Bull. et mémoires de la soc. méd. des Hôp.*, avril.

FLANDIN ET DUMAS. — *Bull. et mémoires de la soc. méd. des Hôp.*, mars.

CHAUFFARD. — *Bull. et mémoires de la soc. méd. des Hôp.*, 16 mai.

DOPTER, ROUGET. — *Bull. et mémoires de la soc. méd. des Hôp.*, 4 avril.

MORESTIN. — *Bull. de la société de chirurgie des Hôpitaux de Paris*, 12 novembre.

COUTEAUD. — *Bull. de la société de chirurgie des Hôpitaux de Paris.*

CHAUFFARD. — *Bulletin de l'Acad. de Méd. de Paris*, 25 février.

DOPTER. — *Bulletin de l'acad. de Méd. de Paris*, 18 novembre.

LAVERAN. — *Bulletin de l'acad. de Méd. de Paris*, 4 mars.

— *Journal of tropical medecine and Hygiene*, 1er mai.

— *Journal of tropical medecine and Hygiene*, 15 novembre.

— *Semana medical*, 3 avril.

ROGERS. — *Indian Medical gazette*, novembre 1913.

— *Semana medica*, 15 mai.

— *Anœs polistas de medecina y corcircía*, octobre.

— *Gazeta medica de Caracas*, 15 octobre.
— *Presse médicale*, 19 avril.
Moriasu. — *Totrio Medical association.*
Dopter. — Traitement des lésions amibiennes par les sels d'émétine. *Paris médical*, 1er novembre.
— *Annales d'Hygiène et de médecine coloniales* (oct., nov., déc.).
— *Bulletin médical*, 26 février.
Valence. — *Bulletin Médical*, 21 juin.
Thévenot et Plontz. — *Progrès médical*, p. 41.
— *San Bartolome journal*, 1912-1913, p. 159.
— *Lyon médical*, p. 49.
Anglada et Derrien. — *Montpellier médical*, p. 289.
Darricarère. — *Gaz. des Praticiens*, Lille, p. 265.
Mallanah. — *Indian Med. gaz.*, Calcutta, p. 331.
Leclerc (A.). — Abcès dysentérique du foie, n° 240, p. 68.
Baur et Plisson. — *Soc. Méd. des Hôp.*, p. 478.
Tuffier. — *Soc. chirurgie des Hôp. de Paris*, 25 novembre.
Müchlman. — *Beetr. z. path. Anat, v. z. ally Path. jena*, 1913-1914, p. 551.
Rivet. — *Bull. général de thérapeutique*, p. 848.
— *Bull. de la soc. de Path. exot.*, octobre 1913.
Bizard. — *Bull. de la soc. de Path. exot.*, p. 564.
Marchoux. — *Bull. de la soc, de Path. exot.*, mai.

1914

The journal of tropical medecine and Hygiène, friday, may, 1.
Dopter. — *Société de pathologie exotique.*

MAYENNE, IMPRIMERIE CHARLES COLIN

5

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen : M. LANDOUZY.

Professeurs

Anatomie	MM. NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL. TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	DEBOVE. LANDOUZY. GILBERT. CHAUFFARD.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET. QUENU. RECLUS. HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BAR. PINARD. Ribemont-Dessaignes.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD	DUVAL (P.)	LEQUEU	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRANCA	GREGOIRE	LŒPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CARNOT	LABBÉ	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBRECOURT	TRIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.